

DA PRESENTARE AL PROTOCOLLO ENTRO IL 28/02/2019

Al Comune di Dolianova,
Ufficio Servizi Sociali/ area disabilità

OGGETTO: richiesta predisposizione piano personalizzato di sostegno ai sensi della legge n. 162/98 1° maggio 2019 - 31 dicembre 2019.

l sottoscritt_ Cognome _____ Nome _____
Luogo nascita _____ Data nascita _____
Città residenza _____ Via _____ n° ____
Codice fiscale _____ e-mail _____
Telefono *(obbligatorio)* _____

In qualità di (barrare la voce che interessa):

- destinatario del piano delegato o familiare
 titolare della potestà genitoriale (solo in caso di minorenni)
 amministratore di sostegno – tutore (allegare decreti di nomina del Giudice Tutelare)

CHIEDE

la predisposizione del Piano Personalizzato di Sostegno a favore della persona sotto indicata, residente a Dolianova, riconosciuta disabile grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, L. 104/92.

Cognome _____ Nome _____
Luogo nascita _____ Data nascita _____
Via _____ n° ____ Codice fiscale _____

DICHIARA

(consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti; consapevole di quanto disposto dall'art. 77 del medesimo D.P.R. 445/2000 in merito alla decadenza dei benefici; e consapevole che, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000, l'Amministrazione Comunale potrà disporre controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese)

- che il destinatario del piano è in possesso di certificazione di cui alla L. 104/92 art. 3 comma .3, con **visita effettuata entro il 31/12/2018;**
- di trasmettere all'ufficio Protocollo del Comune di Dolianova **ogni eventuale comunicazione** dell'INPS, specialmente nei casi in cui il verbale di cui alla L.104/92 art. 3 c. 3 sia soggetto a revisione);
- di essere consapevole che la gestione del progetto **non può essere affidata ai parenti conviventi né a quelli indicati all'art. 433 del Codice Civile;**
- di autorizzare il Comune di Dolianova al trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs 196/2003;
- di impegnarsi a sottoscrivere la *DSU* per la richiesta della certificazione **ISEE 2019** entro il 28/02/2019. L'assenza della certificazione ISEE 2019 decurta dell'80% l'importo del finanziamento;

che le informazioni sull'età del disabile, sui servizi fruiti e sul carico familiare (di cui si veda la tabella seguente) e sulle particolari situazioni di disagio, che verranno riportate nell'All. C - Scheda Sociale durante il colloquio con il Servizio Sociale, sono veritiere:

SERVIZIO (anno di riferimento: 2018)	LUOGO (ad es.: datore di lavoro, nome e città di scuole, centri e ospedali)	ORE SETTIMANALI	SETTIMANE ANNUE
lavoro, tirocinio, corsi formazione, ecc			
servizio civile, lavoro sociale, ecc			
scuola, nido, ecc			
assistenza domiciliare pubblica: comunale, home care, ecc			
ADI, fisioterapia, ecc			
frequenza centri diurni, aggregazione sociale, ecc			
ricoveri in struttura o ospedale			
trasporto, sport e altri servizi			
permessi lavorativi (art.33, co.3 L.104/92) anno 2018. <u>Indicare la persona che ne ha usufruito:</u>	_____		

ALLEGA

Scheda Salute, con allegata attestazione di eventuale handicap grave congenito, compilata e firmata dal Medico di Medicina Generale o Pediatra di libera scelta e/o altro medico di struttura pubblica o convenzionato, che ha in cura la persona con disabilità. I costi sono a carico del richiedente, obbligatoria per i piani nuovi; facoltativa in caso di aggravamento per i piani in corso;

Allegato D - Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà riguardante i redditi esenti IRPEF percepiti dal destinatario del piano nell'anno 2017, da compilare a cura del destinatario, familiare CAF ecc;

Fotocopia del **verbale di riconoscimento handicap grave** ai sensi della L.104/92 art. 3 c. 3 rilasciato dalla competente commissione medica con visita effettuata entro il 31/12/2018;

Fotocopia **documento d'identità** e del codice fiscale del dichiarante e del destinatario del piano;

Eventuale fotocopia del **Decreto di nomina di Tutore o Amministratore di sostegno** rilasciato dal competente Tribunale;

Eventuale certificazione medica attestante grave patologia **di altri componenti** del nucleo familiare;

Dolianova, data _____

Firma _____

NB: Il presente modulo di domanda dovrà essere debitamente compilato in ogni sua parte, sottoscritto e corredato di tutta la documentazione sopra elencata. **La mancata compilazione anche parziale del modulo e la mancata presentazione dei documenti richiesti, comporterà la mancata attribuzione del punteggio.**