



COMUNE DI DECIMOPUTZU

Provincia del Sud Sardegna

Spett.le Comune di Decimoputzu
Alla Responsabile dell'Area Servizi Sociali

OGGETTO: Programma L. 162/1998 - Richiesta per il nuovo avvio o il rinnovo del Piano Personalizzato di sostegno a favore di persona con grave disabilità - Annualità 2024

Il/la sottoscritt_ _____

Nat_ a _____ Prov. (____) il _____ residente a Decimoputzu

in via _____

Cod. fiscale _____ Recapito telefonico _____

e-mail _____

in qualità di:

- richiedente;**
- genitore;**
- tutore legale o amministratore di sostegno;**
- familiare** (indicare grado di parentela) _____

CHIEDE

La predisposizione di un Piano personalizzato ai sensi della Legge n. 162/1998

RINNOVO NUOVO PIANO

- Per sé stesso
- Per il proprio assistito/familiare

Nome e Cognome _____

Nat_ a _____ Prov. (____) il _____ residente a Decimoputzu

in via _____

Cod. fiscale _____ Recapito telefonico _____

e-mail _____

A tal fine, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii.

DICHIARA

- di essere in possesso della certificazione attestante lo stato di handicap grave ai sensi dell'art. 3, comma 3 della L. 104/92, riconosciuta entro il 31/03/2024 (entro il 30/11/2024 in caso di riconoscimento successivo);

- che nel proprio nucleo familiare anagrafico è presente un altro componente (o più di uno) in possesso della certificazione attestante lo stato di handicap grave ai sensi della L. 104/92, art. 3 comma 3 (allegare copia);
- di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali per le finalità di cui alla presente richiesta, all. "C", ai sensi del GDPR n. 679/2016 (Regolamento UE).
- di voler ricevere l'accredito dei rimborsi spettanti ai sensi della legge n. 162/98 sul C/C, di cui indica e allega IBAN

- di voler riscuotere i rimborsi spettanti ai sensi della legge n. 162/98 mediante rimessa diretta allo sportello del Banco di Sardegna
- di voler delegare alla riscossione dei rimborsi spettanti ai sensi della legge n. 162/98 il/la Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____ il _____ residente a _____ in Via _____ n. ____ C.F. _____ Tel. _____

SOLO PER LE PERSONE IN RINNOVO:

- Dichiaro che non si rende necessario apportare alcuna modifica rispetto al piano in vigore;
- Dichiaro che si dovranno apportare modifiche al piano in vigore, di cui all'allegata documentazione:

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA:

- 1) Copia Verbale L. 104/92 attestante il riconoscimento dello stato di handicap grave di cui all'art. 3 comma 3, rilasciato entro il 31 marzo 2024 (oppure documentazione comprovante la visita della Commissione medica preposta al rilascio della certificazione entro il 31 marzo 2024);
- 2) Certificazione ISEE 2024 per prestazioni socio-sanitarie non residenziali;
- 3) Scheda Salute (Allegato B) **solo se necessaria** compilata dal Medico di Medicina Generale o dal Pediatra di libera scelta e/o altro Medico curante di struttura pubblica o convenzionato che ha in carico il paziente (con eventuale costo a carico del richiedente);
- 4) Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante gli emolumenti percepiti dal titolare del piano nell'anno 2023 (Allegato D);
- 5) Eventuale copia del decreto del Giudice Tutelare nel caso di nomina di Tutore o Amministratore di sostegno;
- 6) Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità e della tessera sanitaria del beneficiario del Piano;
- 7) Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità e della tessera sanitaria del richiedente, se diverso dal beneficiario del Piano;

Decimoputzu, _____

(La firma deve essere apposta in maniera chiara e leggibile)

AVVERTENZE

Ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. n. 445/2000 l'Amministrazione procederà autonomamente a verificare le autocertificazioni presentate dagli interessati mediante accertamenti a campione sulla veridicità della dichiarazione.

Colui che sottoscrive dichiarazioni non veritiere perde immediatamente il beneficio ottenuto ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 75 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.