

**RICHIESTA PER LA PREDISPOSIZIONE DEL PIANO PERSONALIZZATO DI SOSTEGNO AI SENSI DELLA LEGGE 162/98- PROGRAMMA 2015 DA ATTUARSI NEL PERIODO OTTOBRE – DICEMBRE 2016**

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_

nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente

a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ (obbligatorio) codice fiscale \_\_\_\_\_

In qualità di :

- destinatario del Piano
- genitore
- figlio/figlia
- tutore

oppure in qualità di

- incaricato/a della tutela
- titolare della potestà genitoriale
- amministratore di sostegno
- familiare responsabile (indicare il rapporto di parentela): \_\_\_\_\_
- persona delegata dal\_\_ destinatario/a del piano

**CHIEDE**

**Che venga predisposto un piano personalizzato di sostegno ai sensi della Legge 162/98 – Programma anno 2015, da realizzarsi nel periodo Ottobre - Dicembre 2016**

- In suo favore
- In favore del sig./sig.ra/ minore

\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a Selegas in via \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ (obbligatorio) codice fiscale \_\_\_\_\_

**Riconosciuto disabile grave ai sensi dell'art. 3, comma3, della L. 104/92.**

A tal fine 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 e consapevoli di quanto disposto dall'art. 77 del medesimo D.P.R. 445/2000 in merito alla decadenza dei benefici,

- Che la famiglia anagrafica del beneficiario risulta così composta:

Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela

- Che il destinatario del Piano è in possesso della Certificazione di handicap grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, della L. 104/92 (la Certificazione deve essere posseduta alla data del 31.12.2015);
- Che la patologia del destinatario comporta una invalidità del 100% come da certificato d'invalidità allegato;
- Che all'interno del nucleo familiare del destinatario del piano sono presenti familiari in gravi e documentate condizioni di salute, come da certificati medici allegati.

**Si allega:**

- Copia certificazione **di handicap grave** L. 104/92, art. 3, comma 3 del destinatario;
- Copia verbale invalidità civile del destinatario dell'intervento e dei familiari conviventi, se in possesso di tale riconoscimento;
- Copia Certificazione ISEE per PRESTAZIONI AGEVOLATE DI NATURA SOCIO-SANITARIA NON RESIDENZIALE di cui all'art. 6 del DPCM 159/2013, aggiornato ai

sensi del disposto normativo di cui alla legge n. 89 del 26 maggio 2016 art. 2 sexies e del Decreto Interministeriale n. 146 del 01.06.2016;

- Scheda di salute – Allegato B- compilata e firmata dal medico di Medicina generale o di altro medico di struttura pubblica o convenzionata;
- Dichiarazione Sostitutiva dell'atto di notorietà in cui si dichiarano gli emolumenti relativi all'anno 2015 Allegato D;
- Allegato DD, compilato dal Medico di Medicina generale o dal Medico Pediatra, attestante che l'handicap grave del destinatario è congenito o sopraggiunto prima del compimento dei 35 anni di età;
- Certificati medici attestanti la condizione di gravità di salute di familiari presenti nel nucleo del destinatario del Piano;
- Delega del destinatario per la predisposizione della domanda e per la predisposizione del Piano personalizzato;
- Dichiarazione attestante la fruizione dei permessi L. 104/92 da parte di familiari conviventi con il destinatario del piano;
- Copia di un documento d'identità valido e del codice fiscale del dichiarante e del destinatario del Piano.

SELEGAS, \_\_\_\_\_

Il Dichiarante

\_\_\_\_\_

Il/La Sottoscritt\_ , in conformità di quanto sancito dall'art. 13 del D.Lgs 30 giugno 2007 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", autorizza il trattamento dei dati personali da parte del Settore Servizi sociali del Comune di Selegas, esclusivamente nell'ambito del procedimento connesso alla pratica della Legge 162/98

Selegas, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_