

Oggetto: Richiesta predisposizione Piano Personalizzato di sostegno a favore di persona con handicap grave ex Legge n°162/1998 – Programma 2014.

__l__ sottoscritt__ nat__ a ____ (____)
il ____ residente a ____ (____) in via ____ n° ____,
recapito telefonico: casa ____ cell. ____ C.F. ____

consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000).

E' informato ed autorizza la raccolta dei dati per l'emanazione del provvedimento amministrativo ai sensi dell' art. 10 della L. 675/96.

CHIEDE

In qualità di:

- ☐ Destinatario del Piano Personalizzato
- ☐ Incaricato della tutela
- ☐ Titolare della potestà genitoriale
- ☐ Amministratore di sostegno della persona destinataria del Piano
- ☐ Familiare di riferimento

_____,
(Grado di parentela) (Cognome) (Nome)

nato/a a _____ (____) il ____/____/____,
residente a _____ (____), in Via _____ N° _____,
N° Telefono _____ N° Cod. Fiscale _____

La predisposizione di un Piano Personalizzato di cui alla L.162/1998 per l'anno 2014, secondo i criteri e le modalità di cui alla normativa vigente, per l'attivazione del/degli intervento/i di:

- ☐ Servizio educativo (solo per infraseessantacinquenni)
- ☐ Assistenza personale o domiciliare
- ☐ soggiorno per non più di 30 giorni nell'arco di un anno presso strutture autorizzate ai sensi dell'art. 40 della L.R. 23/2005 o presso residenze sanitarie assistenziali autorizzate, limitatamente al pagamento della quota sociale
- ☐ accoglienza presso centri diurni autorizzati ai sensi dell'articolo 40 della L.R. 23/2005 e presso centri diurni integrati di cui al D.P.R. 14.01.1997 e alle deliberazioni della Giunta regionale in materia di residenze sanitarie assistenziali e di centri diurni integrati, limitatamente al pagamento della quota sociale

☐ attività sportive e/o di socializzazione (solo per infraseessantacinquenni).

(SPECIFICARE _____
_____).

A tal fine **DICHIARA:**

che il destinatario del Piano Personalizzato ex Legge n°162/1998:

- ☐ é in possesso della **certificazione definitiva** attestante la condizione di handicap grave di cui **Legge 104/92 art. 3, comma 3 rilasciata in data** ____/____/____ di cui si allega copia;
- ☐ di essere in possesso della dichiarazione della competente Commissione che ha visitato la persona con disabilità in data ____/____/____ attestante il riconoscimento dello stato di handicap grave di cui all'art. 3 comma 3 della L. n° 104/92 rilasciata in data ____/____/____ di cui si allega copia;
- ☐ in possesso della certificazione attestante la condizione di handicap grave ai sensi della Legge n° 104/1992, art.3, Comma 3 , di cui si allega copia (solo per i minori sotto i 18 anni per i quali è prevista la revisione periodica dello stato di disabilità);
- ☐ che il finanziamento richiesto verrà utilizzato per le finalità di cui alla Legge n°162/1998 e che l'intervento da realizzarsi garantirà servizi nell'arco temporale stabilito dalla R.A.S.;
- ☐ che per l'anno 2012 il reddito (ISEE) é pari a € _____; si allega copia della certificazione ISEE in corso di validità, rilasciata da CAF autorizzato.

ALLEGA

- ☐ Copia della certificazione **certificazione** attestante la condizione di handicap grave di cui **Legge 104/92 art. 3, comma 3 - DEFINITIVA** ☐ SI ☐ NO
- ☐ Copia della dichiarazione della competente Commissione che ha visitato la persona con disabilità in data ____/____/____ attestante il riconoscimento dello stato di handicap grave di cui all'art. 3 comma 3 della L. n° 104/92 rilasciata in data ____/____/____ di cui si allega copia;
- ☐ Certificazione ISEE redditi 2012;
- ☐ Copia del documento d'identità personale in corso di validità del richiedente;
- ☐ Allegato B "Scheda Salute" (Se non sono sopraggiunte modifiche nelle condizioni di salute può essere consegnata quella compilata dal medico nell'anno 2013, salvo che l'utente non ritenga di presentarne una aggiornata supportata da certificazione rilasciata nel corso del 2014 dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta e/o altro medico della struttura pubblica che ha in carico il paziente e che ne attesti l'aggravamento.
- ☐ Allegato D (Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà

fonna, _____

Firma

Spazio riservato all'Ufficio Servizi Sociali:

VISTO DI REGOLARITA' DELLA DOCUMENTAZIONE PRESENTATA

Data _____ Assistente Sociale _____