

**OGGETTO: LEGGE N. 162 DEL 21 MAGGIO 1998. PIANI PERSONALIZZATI DI SOSTEGNO IN FAVORE DELLE PERSONE CON GRAVE DISABILITA'. RICHIESTA PREDISPOSIZIONE PIANO PERSONALIZZATO ANNO 2015**

Il/La sottoscritto/a..... nato/a a.....il.....  
Residente a .....in via.....n°.....  
Tel./cell.n°.....  
Codice Fiscale...

**In qualità di:**

- Destinatario del piano     Titolare della potestà genitoriale     Incaricato della tutela
- Amministratore di sostegno (*allegare copia del decreto di nomina in corso di validità*)
- Altro familiare (indicare il grado di parentela)\_\_\_\_\_

*In possesso di delega alla presentazione del Piano da parte del destinatario da allegare alla suddetta istanza*

**CHIEDE**

che venga predisposto un Piano Personalizzato di sostegno ai sensi della L. 162/98 in favore di

- se medesimo
- proprio congiunto

indicare cognome e nome\_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in Villa Sant'Antonio

Via/vico\_\_\_\_\_. (\_\_\_\_\_)

**A TAL FINE**

*consapevole che, ai sensi dell'art. art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e ss.mm., la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti e consapevole di quanto disposto dall'art. 77 del medesimo D.P.R. n.445/2000*

**DICHIARA**

*(barrare la voce che interessa)*

- Che** il destinatario del piano è in possesso della certificazione di handicap grave ai sensi della L. 104/92 art. 3 comma 3 alla data del 31.12.2014 (*allegare*);
- Che** l'handicap grave è congenito o sopravvenuto prima del compimento dei 35 anni di età:  
**SI**                       **NO**

*(allegare a tal proposito certificato medico rilasciato dal MMG o dal Medico di struttura pubblica o dal Medico convenzionato che ha in cura il paziente – modello disponibile presso l'ufficio servizi sociali)*

- Che** il proprio nucleo familiare è così composto:

N°	Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Rapporto di parentela
1			Richiedente
2			
3			
4			
5			

- Che nel corso **dell'anno 2014** ha usufruito dei seguenti servizi (non vanno indicati i servizi erogati con i fondi della L. 162/98, l'assistenza scolastica di base stabilita e garantita per legge dalla L. 104/92, né i servizi pagati privatamente e interamente dalle famiglie. L'elenco dei servizi fruiti nella tabella sotto riportata è a titolo

puramente esemplificativo ma non esaustivo di tutti i possibili servizi che, se non riportati in elenco, dovranno essere cumulati e le relative ore riportate nell'ultima riga della tabella - altri servizi fruiti.

Servizio fruito	Soggetto erogatore	n. ore settimanali	n. settimane annuali
Inserimento socio lavorativo, servizio civile			
Asilo nido			
Fisioterapia			
Assistenza domiciliare erogata da enti pubblici o da associazioni regolarmente convenzionate			
Assistenza domiciliare integrata			
Frequenza centri diurni (ANFASS, Alzheimer, ecc)			
Ricovero, soggiorno e/o accoglienza in struttura pubblica o privata per più di 30 giorni consecutivi			
Frequenza centri di aggregazione sociale comunali			
Trasporto			
Altri servizi			

**Di essere** a conoscenza del fatto che l'amministrazione comunale, ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000 potrà disporre controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese;

**Di essere** informato ai sensi e per gli effetti del D. Lgs 30.06.03 n.196, che i dati forniti saranno trattati nell'ambito del procedimento per il quale sono stati resi;

**Allega alla presente:**

- Copia del documento d'identità del richiedente in corso di validità del richiedente e/o del destinatario del piano;
- Copia del verbale di certificazione L. 104/92 art. 3 comma 3 in corso di validità alla data del 31.12.2014;
- Scheda Salute, allegato B, il cui modulo è disponibile presso l'Ufficio Servizi Sociali e all'albo pretorio on-line, che dovrà essere compilata e firmata dal Medico di Medicina Generale o pediatra di libera scelta e/o altro medico della struttura pubblica o medico convenzionato che ha in cura la persona con disabilità.
- eventuale delega del destinatario per la presentazione della domanda e per la predisposizione del piano personalizzato;
- Per i tutori o amministratori di sostegno: fotocopia del decreto di nomina in corso di validità;
- Certificazione ISEE **per prestazioni di natura socio-sanitaria** (Indicatore della situazione economica equivalente) ai sensi dell'art. 6 del DPCM 159/2013;
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dalla quale risulti l'eventuale fruizione, da parte di uno o più familiari del disabile, di permessi lavorativi retribuiti ai sensi della Legge 104/92, con la specificazione del soggetto erogatore (datore di lavoro), delle ore settimanali e annuali e del numero di settimane fruiti (modulo disponibile presso l'Ufficio Servizi Sociali e all'albo pretorio on-line)

Villa Sant'Antonio, li \_\_\_\_\_

**IL DICHIARANTE**

Firma \_\_\_\_\_