

Allegato A DA PRESENTARE ENTRO IL 19 AGOSTO

Legge n. 162/98 Piani personalizzati di sostegno a favore di persone con handicap grave

Deliberazione G.R. n. 38/13 del 28/06/2016

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il ___/___/___/ residente in _____, Via/P.zza _____ n. _____

c.a.p. _____

Codice fiscale _____

Numero di telefono (cellulare) _____

E-MAIL _____@_____

Domicilio (se diverso dalla residenza): Via _____ n° _____ CITTÀ _____ CAP _____

In qualità di:

destinatario tutore titolare della potestà genitoriale amministratore di sostegno

familiare responsabile (specificare il rapporto di parentela) _____

del/della sig./ra _____ nato/a _____

il _____ residente a Sadali in Via /P.zza _____ n. _____

c.a.p. _____

Domicilio (se diverso dalla residenza): Via _____ n° _____ CITTÀ _____

CAP _____

Codice fiscale _____

Numero di telefono (cellulare) _____

CHIEDE

La predisposizione del piano personalizzato ai sensi della Legge n. 162/98

a favore alla persona, riconosciuta dalla commissione medica in situazione di grave handicap di cui all'art. 3, comma 3 della Legge n. 104/92, **posseduta in data entro e non oltre il 31 dicembre 2015.**

Cognome _____ Nome _____

Minore Adulto Anziano

1° Annualità

A tal fine il/la sottoscritto/a consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 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 consapevole di quanto disposto dall'art. 75 del medesimo D.P.R. n. 445/2000 in merito alla decadenza dei benefici in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

1. di essere residente a Sadali
2. che la propria famiglia anagrafica risulta così composta

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

- Che all'interno del nucleo anagrafico del destinatario del piano: sono presenti non sono presenti (barrare la voce interessata) familiari che usufruiscono dei permessi dal lavoro ai sensi della L. 104/92.
- Che la disabilità è congenita (allegare certificazione)
- Che la disabilità è stata riscontrata entro il 35° anno di età (allegare certificazione)

Dichiara altresì che sono presenti le seguenti situazioni (barrare la casella che interessa):

- persone con disabilità grave che vivono sole;
- compresenza di più persone con disabilità grave nello stesso nucleo familiare che fanno domanda di accesso ai Piani personalizzati della Legge 162/98;
- persone con disabilità grave che vivono con soli familiari di età superiore ai 75 anni o con familiari affetti da gravi patologie (allegare certificazione attestante la grave patologia corredata da esaustiva documentazione medica)
- famiglie con persona con disabilità grave a carico dove è presente un solo genitore o, in assenza di genitori, un familiare convivente;
- presenza nel nucleo familiare di altri figli sotto i tre anni oltre al minore per il quale si fa richiesta del Piano.

AVVERTENZE

Il Comune di Sadali si riserva di effettuare verifiche sulle dichiarazioni rese nella presente domanda e di segnalare eventuali difformità alle autorità competenti. In riferimento al D.Lgs n. 196/2003 sulla tutela della privacy, i dati contenuti nella presente domanda e quelli allegati sono acquisiti e utilizzati per fini istituzionali del Comune di Sadali e saranno trattati anche attraverso strumenti informatici. I dati potranno essere comunicati ad altri enti pubblici o a soggetti privati, sempre nell'ambito delle funzioni istituzionali e nell'interesse della persona beneficiaria.

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

- 1.** copia certificazione della situazione di handicap grave di cui all'art. 3, comma 3 della Legge N. 104/92 **posseduta in data entro e non oltre il 31 dicembre 2015;**
- 2. ISEE Socio sanitario** di cui alla Legge n.89 del 26 Maggio 2016 art 2 sexies e del Decreto interministeriale n.146 del 01/06/2016 o la ricevuta attestante la presentazione della DSU (dichiarazione sostitutiva unica)
- 3.** copia del documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del dichiarante e del destinatario del piano;
- 4.** dichiarazione attestante la fruizione di permessi L. 104/92 da parte di familiari conviventi con il destinatario del piano;
- 5.** Scheda Salute (All. B);
- 6.** Certificazione medica attestante la condizione di gravità di salute di familiari appartenenti al nucleo del destinatario del piano.
- 7.** allegato F) scelta delle modalità di erogazione del rimborso spese

NOTE

Solo nel caso in cui il richiedente sia il tutore, curatore o amministratore di sostegno del destinatario del piano caso, produrre copia del decreto. La scheda di salute (All. B) dovrà essere compilata a cura del medico di medicina generale o altro medico di struttura pubblica o convenzionata, solo se la certificazione della situazione di handicap grave di cui all'art. 3, comma 3 della Legge N. 104/92 **è posseduta in data entro e non oltre il 31 dicembre 2015.**

Sadali _____

Firma _____