

COMUNE DI SAMASSI
Al Responsabile dell'Area Politiche Sociali

MODULO DI DOMANDA LEGGE 162/98

Richiesta piano personalizzato di sostegno in favore di persone con handicap grave
(art. 3 comma 3, L. 104/92)

Periodo Maggio – Dicembre Anno 2019

Deliberazione G.R. n. 57/49 del 21.11.2018

Il/La sottoscritt_____ nat_____ a
_____ il ____/____/____ e residente a _____ in Via
_____ n° _____
Tel. _____ Cell. _____

In qualità di:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Destinatario del piano | <input type="checkbox"/> Titolare della responsabilità genitoriale |
| <input type="checkbox"/> Tutore /Amministratore di sostegno
(allegare copia provvedimento di nomina) | <input type="checkbox"/> Familiare referente (indicare il rapporto di parentela)
_____ |

► **CHIEDE** che venga predisposto:

- la prima annualità
 il rinnovo

del Piano Personalizzato di Sostegno ai sensi della L.162/98 in favore di:

Cognome _____ Nome _____
nato a _____ il ____/____/____ e residente a Samassi in
Via _____ n° _____, domiciliato (solo se diverso) a _____ in
Via _____ n° _____
Cod. Fisc. _____
Tel. _____ Cell. _____ .

► **CHIEDE** che ogni comunicazione relativa alla presente procedura venga fatta al seguente indirizzo mail o Pec _____ o in mancanza al seguente indirizzo: _____;

A tal fine DICHIARA

(sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000 consapevole delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci)
(barrare le voci che interessano)

- che il destinatario del piano è in possesso della Legge 104/92 art. 3 comma 3 con revisione in data _____;
- che il destinatario del piano è stato visitato dalla Commissione Medica competente entro la data del 31/12/2018;
- che l'handicap grave del destinatario del progetto è congenito o insorto prima del compimento dei 35 anni di età;
- che all'interno della famiglia anagrafica sono presenti familiari in gravi e documentate condizioni di salute in possesso di certificazione di invalidità 100%, o indennità di accompagnamento o L. 104 art. 3 c. 3;
- che all'interno della famiglia anagrafica sono presenti non sono presenti familiari che usufruiscono dei permessi dal lavoro ai sensi della Legge 104/92.

Alla presente richiesta allega la seguente documentazione:

- copia certificazione L.104/92 art. 3 comma 3 con revisione in data _____ ;
- copia certificazione ISEE 2019;
- copia Carta Identità e Tessera Sanitaria del richiedente e del destinatario del piano in corso di validità;
- Scheda Salute "Allegato B" compilata dal medico di base/ di struttura pubblica / o convenzionato che ha in cura la persona con disabilità;
- dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà – "Allegato D";
- certificazione medica attestante l'invalidità 100%, l'indennità di accompagnamento o L. 104 art. 3 c. 3 del familiare convivente, nel caso di presenza all'interno del nucleo familiare del disabile di familiari affetti da grave patologia;
- 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;
- solo per i minori: nel caso di genitori separati o divorziati, qualora uno dei due abbia l'affidamento esclusivo del minore, è necessario produrre autocertificazione da cui risulti l'affidamento esclusivo, qualora invece si tratti di affidamento congiunto, il genitore richiedente dovrà essere delegato per la presentazione, predisposizione e gestione del piano dell'altro genitore;
- copia del provvedimento del Tribunale di nomina di tutore o amministratore di sostegno;
- Altro _____

Il sottoscritto, in conformità di quanto sancito dal Regolamento UE 679/2016 e dal Codice della Privacy italiano come da ultimo modificato dal d.lgs. 101/2018, autorizza il trattamento dei dati personali da parte del Settore Servizi Sociali del Comune di Samassi esclusivamente nell'ambito del procedimento connesso alla pratica della Legge 162/98.

Data _____

Firma _____