Amministrazione destinataria

Comune di Guspini

Ufficio destinatario

Ufficio servizio sociale professionale

# Domanda o rinnovo del piano personalizzato di sostegno per persone con grave disabilità ai sensi della L. 162/98

**Il sottoscritto**

**Cognome** | **Nome** | **Codice Fiscale**

**Data di nascita** | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

**Residenza**

**Provincia** | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

**Telefono cellulare** | **Telefono fisso** | **Posta elettronica ordinaria** | **Posta elettronica certificata**

**In qualità di**

del seguente familiare, tutelato o delegante (non familiare)

**Cognome** | **Nome** | **Codice Fiscale**

**Data di nascita** | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

**Residenza**

**Provincia** | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

**domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento**

*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

**Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica**

**CHIEDE**

- ○ la predisposizione di un nuovo piano personalizzato di sostegno ai sensi della Legge 21/05/1998, n. 162
- ○ il rinnovo del piano personalizzato di sostegno ai sensi della Legge 21/05/1998, n. 162
  *(da dichiarare nel caso il ruolo di chi presenta l'istanza sia Amministratore di sostegno, Curatore o Tutore legale)*
  - ○ Il decreto di nomina a Amministratore di sostegno, Curatore o Tutore legale è già in possesso dell'Amministrazione
  - ○ Il decreto di nomina a Amministratore di sostegno, Curatore o Tutore legale non ancora stato trasmesso all'Amministrazione o è variato

da non usare per presentazione cartacea

**OGGETTO DELLA RICHIESTA**

- ☐ Servizio educativo
- ☐ Assistenza personale o domiciliare
- ☐ Accoglienza presso centri diurni autorizzati ai sensi dell'art. 40 della L.R. 23/05 e presso centri diurni integrati di cui al DPR 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
- ☐ Soggiorno per non più di 30 giorni nell'arco di un anno presso strutture autorizzate ai sensi dell'art. 40 della L.R. 23/05 o presso residenze assistenziali autorizzate, limitatamente al pagamento della quota sociale
- ☐ Attività sportive e/o di socializzazione
- ☐ Integrazione del programma L. 112/2016 'Dopo di noi'
- ☐ Integrazione del programma 'Vita indipendente'
- ☐ Integrazione del programma del Piano di ripresa e resilienza (PNRR)

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

**DICHIARA**

- ☐ per quanto attiene la certificazione di handicap grave ai sensi dell'articolo 3, comma 3 della Legge 05/02/1992, n. 104
  - ○ di essere in possesso del verbale di certificazione
    - ○ la certificazione è già stata trasmessa all'amministrazione
      *(da dichiarare nel caso di rinnovo piano)*
    - ○ la certificazione non è stata ancora trasmessa all'amministrazione oppure è variata
      *(da dichiarare nel caso nel caso di rinnovo e la certificazione è variata)*
  - ○ di non essere in possesso del verbale di certificazione e pertanto dichiara:
    - ☐ di avere effettuato la visita per il riconoscimento dell'handicap di cui all'art. 3 comma 3 della Legge 104/92 entro la data del 31 marzo 2025, e si impegna a trasmettere il relativo verbale entro e non oltre il 21 aprile 2025
      *(da dichiarare nel caso di nuovo piano)*
    - ○ di avere effettuato la visita per la revisione e si impegna a trasmettere il relativo verbale non appena ne verrà in possesso
      *(da dichiarare nel caso di rinnovo)*
    - ○ di non essere ancora stato convocato per la visita di revisione e si impegna a trasmettere il relativo verbale non appena ne verrà in possesso
      *(da dichiarare nel caso di rinnovo)*

- ☐ vi è stato un aggravamento o cambiamento delle condizioni sanitarie
  *(da dichiarare nel caso di rinnovo, comporta il caricamento di una nuova scheda salute)*
- ☐ che all'interno della famiglia anagrafica sono presenti familiari in gravi e documentate condizioni di salute, pertanto allega la certificazione medica specialistica aggiornata

☐ nel nucleo famigliare sono presenti altri beneficiari della Legge 162/98 — **N. altri beneficiari**

di seguito elencati:

**Beneficiario 01**

| **Cognome** | **Nome** | |
|---|---|---|
| | | |
| **Data di nascita** | **Luogo di nascita** | **Rapporto di parentela** |
| | | |

da non usare per presentazione cartacea

**Beneficiario 02**

| Cognome | Nome |
|---|---|
| | |

| Data di nascita | Luogo di nascita | Rapporto di parentela |
|---|---|---|
| | | |

**Beneficiario 03**

| Cognome | Nome |
|---|---|
| | |

| Data di nascita | Luogo di nascita | Rapporto di parentela |
|---|---|---|
| | | |

☐ che l'indicatore della situazione economica, ISEE, è pari a

| Valore ISEE € | Data di rilascio | Data di fine validità |
|---|---|---|
| | | |

☐ di essere genitore del minorenne con stato civile

**Stato civile**

l'atto di separazione o di divorzio dove viene disposto l'affidamento esclusivo

*(da dichiarare nel caso di genitore Separato/a o Divorziato/a, in situazione di affidamento esclusivo)*

○ è già stato inviato all'Ente

○ non è ancora stato inviato all'Ente

☐ che la persona destinataria del piano ha percepito per l'anno precedente i seguenti emolumenti

| Tipo Emolumento | Descrizione | Importo € |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

**COMUNICA**

la modalità con cui chiede che gli sia erogato il contributo

○ accredito sul conto corrente bancario o postale o sulla carta prepagata, intestato al beneficiario, con le seguenti coordinate bancarie:

**Istituto**

**IBAN**

**Codice BIC (swift) (se conto estero)**

○ Rimessa diretta per importi inferiori a € 1.000,00

☐ di delegare alla riscossione delle somme una terza persona

*(occorre compilare apposita delega con indicazione dei dati delle persona delegata alla riscossione e sottoscritta da entrambi)*

da non usare per presentazione cartacea

**Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)**

## Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- ☐ copia del documento di identità
  *(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- ☐ delega alla presentazione dell'istanza
  *(quando richiesta, sarà possibile caricare la delega dopo aver salvato il modulo)*
- ☐ copia della certificazione comprovante il riconoscimento di handicap grave
- ☐ copia del decreto di nomina (amministratore di sostegno, curatore, tutore legale) in corso di validità
- ☐ copia della certificazione medica specialistica aggiornata attestante lo stato di invalidità di almeno un componente del nucleo famigliare
- ☐ copia della scheda salute firmata e timbrata dal medico che ha in cura la persona con disabilità
- ☐ atto di separazione o divorzio dove viene disposto l'affidamento esclusivo
- ☐ delega autenticata alla presentazione dell'istanza da parte del genitore in situazione di affidamento congiunto
  *(caricare la delega utilizzando il modello disponibile debitamente compilato e autenticato presso gli uffici preposti)*
- ☐ certificazione medica insorgenza patologia
- ☐ delega alla riscossione
  *(quando richiesta, sarà possibile caricare la delega dopo aver salvato il modulo)*
- ☐ altri allegati

## Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- ☐ dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

| Luogo | Data | il dichiarante |
|---|---|---|
| Guspini | | |

da non usare per presentazione cartacea