



Amministrazione destinataria

Comune di Guspini

Ufficio destinatario

Ufficio servizio sociale professionale

Domanda o rinnovo del piano personalizzato di sostegno per persone con grave disabilità

Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune							<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata			

Soggetto interessato

- per sè stesso
- per il seguente familiare o tutelato

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune							<input type="checkbox"/>	
Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, familiare, tutore legale, ecc.)									

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

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 2024, e si impegna a trasmettere il relativo verbale entro e non oltre il 21 aprile 2024
(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

DICHIARA INOLTRE

a presenza di servizi fruiti dal destinatario del piano nell'annualità precedente

Servizio fruito	Soggetto erogatore	Numero ore settimanali	Numero settimane
<input type="checkbox"/> inserimento socio lavorativo, servizio civile			
<input type="checkbox"/> asilo nido			
<input type="checkbox"/> fisioterapia			
<input type="checkbox"/> assistenza domiciliare erogata da enti pubblici o da associati			
<input type="checkbox"/> assistenza domiciliare integrata			
<input type="checkbox"/> frequenza centri diurni (ANFFAS, Alzheimer, ecc.)			
<input type="checkbox"/> ricovero, soggiorno o accoglienza in struttura pubblica o privata			
<input type="checkbox"/> frequenza centri di aggregazione sociale comunali			
<input type="checkbox"/> trasporto			
<input type="checkbox"/> altri servizi fruiti (sport, terapia, ecc.)			

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)
- copia dell'atto di delega e del documento di identità del destinatario del piano
- 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 familiare
- 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
- certificazione medica insorgenza patologia
- 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

Guspini

Luogo

Data

il dichiarante