

**DOMANDA PER LA PREDISPOSIZIONE DEL PIANO PERSONALIZZATO DI SOSTEGNO  
AI SENSI DELLA LEGGE N. 162/98**

**Al Comune di Tortoli'  
Servizio Sociale**

\_l\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente a  
\_\_\_\_\_ Via/ Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

**In qualità di :**

- Destinatario del piano       Titolare della potestà genitoriale       Incaricato della tutela  
 Amministratore di sostegno (allegare copia del decreto incorso di validità)  
 Familiare di riferimento ,( indicare il grado di parentela) \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

che venga predisposto un piano personalizzato di sostegno ai sensi della Legge 162/98

- € Per sé  
€ In favore di:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ nat\_\_ a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente in Tortoli via/piazza \_\_\_\_\_ domiciliato in  
Via/ Piazza \_\_\_\_\_ (se diverso dalla residenza), C.F. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

A tal fine, il sottoscritto, ai sensi degli artt. 46 e47 del DPR 28/12/2000, n. 445, consapevole delle conseguenze penali previste per il caso di dichiarazioni mendaci (art. 76 DPR n. 445/2000) e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR n.445/2000)

**DICHIARA**

- € Di essere in possesso della certificazione di handicap grave ai sensi della legge 104/1992 art. 3 comma 3 riconosciuta entro il 31/12/2017  
€ Che il disabile per il quale viene presentata richiesta è in possesso della certificazione di handicap grave ai sensi della L. 104/92 art. 3 comma 3 riconosciuta entro il 31/12/2017  
€ Che il valore dell'attestazione ISEE 2018 per prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria del disabile per il quale viene presentata richiesta è pari ad € \_\_\_\_\_  
€ Che nello stesso nucleo familiare è presente un altro beneficiario di piano personalizzato  
Cognome Nome \_\_\_\_\_

- € Che il familiare che ha usufruito dei permessi dal lavoro ai sensi dell'art. 33 comma 3 della L. 104/92 è il signor/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ nell'anno 2017 ha usufruito di n° \_\_\_\_\_ ore di permesso L. 104/92 alla settimana per n° \_\_\_\_\_ settimane nell'anno da parte del seguente datore di lavoro \_\_\_\_\_;
- € Di essere a conoscenza che la gestione del progetto non può essere affidata ai parenti conviventi né a quelli indicati dall'art. 433 del codice civile;
- € Di essere a conoscenza che l'amministrazione Comunale, ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000, potrà disporre controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese. I dati dichiarati potranno essere comunicati alla Guardia di Finanza e all'autorità giudiziaria;
- € Di essere informato che, ai sensi del D.lgs. 196/2003, i dati dichiarati verranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente per il procedimento per il quale sono stati richiesti e che gli stessi saranno trasmessi all'Assessorato Igiene, Sanità e Assistenza sociale della Regione Sardegna. A tal fine dichiara di prestare il proprio consenso per il trattamento dei dati;

Tortoli \_\_\_\_\_

Il dichiarante  
\_\_\_\_\_

Si allega:

- € **copia del verbale** di riconoscimento dello stato di handicap grave di cui all'art. 3 comma 3 della Legge 104/92 al 31/12/2017 o in alternativa un certificato rilasciato dalla suddetta commissione, che attesti che la visita è stata effettuata entro la medesima data;
- € in caso di **rinnovo** del piano la copia del verbale dovrà essere presentato solo nel caso in cui, quello acquisito precedentemente da questo Servizio, non fosse più valido;
- € **Scheda Salute** (Allegato B) compilata, firmata e timbrata dal medico di famiglia o dal pediatra di libera scelta e/o altro medico di struttura pubblica o medico convenzionato che ha in cura la persona con disabilità; in caso di **rinnovo** del piano personalizzato la **Scheda Salute** potrà essere presentata ove siano sopraggiunte modifiche nelle condizioni di salute;
- € Eventuale **certificazione sanitaria** attestante che la disabilità è congenita o sopraggiunta entro il 35° anno di età;
- € Eventuale **certificazione sanitaria** attestante che uno o più familiari conviventi siano affetti da gravi patologie;
- € Attestazione **ISEE 2018** per prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria, riferito ai redditi dell'anno 2016;
- € **Autocertificazione** (Allegato D) della capacità economica del disabile.
- € Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà di chi non sa o non può firmare né dichiarare;
- € Dichiarazione permessa dal lavoro 104/92;
- € Eventuale decreto di nomina di tutore o amministratore di sostegno;
- € La fotocopia del **documento di identità** in corso di validità del destinatario del piano, del familiare richiedente o dell' eventuale amministratore di sostegno;
- € Eventuali altri allegati \_\_\_\_\_

**Le domande e i relativi allegati devono essere presentate entro e non oltre il 16 marzo 2017 consegnate a mano o tramite servizi postali all'Ufficio protocollo del Comune di Tortolì, via Garibaldi,1 ,08048 Tortolì . Le istanze pervenute dopo tale data, o incomplete della documentazione richiesta , non saranno prese in considerazione.**