

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

**Al Comune di Tortoli'  
Ufficio Servizi Sociali**

\_ l \_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_ nat\_a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Via/ Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

**CHIEDE** di poter usufruire dei benefici previsti dalla Legge 162/98

€ **per se stesso** in quanto riconosciuta disabile grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, **Legge 104/92**

€ **in favore della persona**, riconosciuta disabile grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, **Legge 104/ 92**

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

€ Minore

€ Adulto

€ Anziano (ultra 65)

€ Presenza nello stesso nucleo familiare di un altro beneficiario di piano personalizzato

Cognome Nome \_\_\_\_\_

Indicare se si tratta di

€ **NUOVOPIANO**

€ **RINNOVO**

A tal fine allega:

€ CERTIFICAZIONE L. 104/92, ART. 3, COMMA 3 (SOLO PER I NUOVI PIANI)

€ CERTIFICAZIONE ISEE DEL NUCLEO FAMILIARE DEL DISABILE E DEL SINGOLO ASSISTITO

€ COPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL DESTINATARIO DEL PIANO

€ COPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL RICHIEDENTE

€ ALLEGATO D COMPILATO E FIRMATO

€ ALLEGATO B, SCHEDA SALUTE, COMPILATO A CURA DEL MEDICO CURANTE:

Nota bene: per i vecchi piani, se non sono sopraggiunte modifiche nelle condizioni di salute, verrà considerata valida quella dell'anno precedente, salvo che l'utente non ritenga di presentarne una aggiornata supportata da certificazione rilasciata nel corso del 2012 dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta e/o da altro medico della struttura pubblica che ha in carico il paziente e ne attesti l'aggravamento.

**Il sottoscritto chiede che venga utilizzata:**

la scheda salute del precedente anno €

La nuova scheda salute €

**Al fine della compilazione degli allegati è utile sapere il numero delle ore dei Servizi fruiti dal destinatario del piano.**

Il periodo di riferimento per il calcolo delle ore effettive di servizi fruiti è l'anno 2012

Nei servizi fruiti non dovranno essere indicati i servizi erogati con i fondi della L. 162/98, l'assistenza scolastica di base stabilita e garantita per legge dalla L. 104/92, né i servizi pagati privatamente e interamente dalle famiglie.

Servizio fruito	Soggetto erogatore	N°ore settimanali	N°ore annuali
Inserimento socio lavorativo, servizio civile			
Asilo nido			
Scuola materna			
Corsi di formazione			
Fisioterapia			
Assistenza domiciliare erogata dal Comune, da Plus, da associazioni di volontariato			
Assistenza domiciliare integrata			
Frequenza centri diurni (ANFFAS, Alzheimer, ecc.)			
Ricovero, soggiorno e/o accoglienza in struttura pubblica o privata			
Frequenza centri di aggregazione sociale			
Trasporto			
Altri servizi fruiti (sport terapia, ecc.)			

**Indicare se vi è un familiare che usufruisce delle ore retribuite di permesso da lavoro , ai sensi della L. 104/92 , per assistere la persona con disabilità, ed il numero delle ore mensili**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

N° ore mensili \_\_\_\_\_

**Le istanze pervenute dopo tale data, o incomplete della documentazione richiesta , non saranno prese in considerazione.**

**Le domande vanno presentate presso l'Ufficio del Servizio Sociale entro e non oltre il 27 febbraio 2013**

Tortoli \_\_\_\_\_

Il dichiarante