

**Amministrazione destinataria**

Comune di Ittiri

Ufficio destinatarioSettore Socio-Assistenziale, Culturale,
Scolastico e Sportivo

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

Il sottoscritto

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

in qualità di**Ruolo**

- destinatario del piano
- titolare della responsabilità genitoriale
- amministratore di sostegno/tutela
pertanto allega la copia del decreto di nomina in corso di validità
- familiare o persona delegata
(in possesso di delega formale da parte del destinatario)

dati del familiare di riferimento*(di chi richiede il beneficio se diverso dall'interessato)*

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>					
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>					

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

Soggetto interessato

- per sé stesso
- per il seguente familiare o tutelato

soggetto interessato

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>					
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
Residenza									
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>							

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

- che il destinatario del piano è in possesso della certificazione di condizione di disabilità grave ai sensi dell'articolo 3, comma 3 della Legge 05/02/1992, n. 104, pertanto allega la copia della certificazione comprovante il riconoscimento di condizione di disabilità grave
- che la famiglia anagrafica del destinatario risulta così composta

 componente n. 1

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Rapporto di parentela					
<input type="text"/>					

 componente n. 2

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Rapporto di parentela					
<input type="text"/>					

 componente n. 3

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Rapporto di parentela					
<input type="text"/>					

componente n. 4

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rapporto di parentela			
<input type="text"/>			

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

Importo	Data di rilascio	Data di scadenza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
€		

DICHIARA INOLTRE

che il destinatario del piano ha usufruito dei seguenti servizi nell'annualità precedente

Servizio fruito	Soggetto erogatore	Numero ore settimanali	Numero settimane
<input type="checkbox"/> inserimento socio lavorativo, servizio civile	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> asilo nido	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> fisioterapia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> assistenza domiciliare erogata da enti pubblici o da associa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> assistenza dimiciliare integrata	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> frequenza centri diurni (ANFFAS, Alzheimer, ecc.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ricovero, soggiorno o accoglienza in struttura pubblica o pri	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> frequenza centri di aggregazione sociale comunali	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> trasporto	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> altri servizi fruiti (sport, terapia, ecc.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> attività lavorativa svolta dalla persona con disabilità	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> frequenza scolastica/scuola dell'infanzia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> frequenza corsi di formazione	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> permessi Legge 104 interessato e conviventi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> altro (<i>specificare</i>) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

che nel nucleo familiare della persona con disabilità ricorre una o più delle seguenti casistiche

- persone con disabilità grave che vivono sole
- compresenza di più persone con disabilità grave che vivono nello stesso nucleo familiare che presentano il piano personalizzato
- persone con disabilità grave che vivono con soli familiari di età superiore ai 75 anni o persone con disabilità grave che vivono con familiare affetti da gravi patologie da documentare con certificazione attestante la grave patologia corredata da esaustiva certificazione medica
- famiglie con persone con disabilità grave a carico dove è presente un solo genitore o, in assenza di genitori, un familiare convivente
- presenza nel nucleo familiare di figli sotto i tre anni
- nessuna delle casistiche precedenti

che si intende utilizzare il piano per uno o più dei seguenti interventi

- servizio educativo
- assistenza personale e/o domiciliare
- accoglienza presso centri diurni autorizzati, limitatamente alla quota sociale
- soggiorno per non più di 30 giorni all'anno presso strutture autorizzate dalla Legge 23/05, art.40 o presso RSA, limitatamente al pagamento della quota speciale
- autorità sportiva e/o di socializzazione
- nessuna delle casistiche precedenti

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 dell'atto di delega e del documento di identità del destinatario del piano
- copia della certificazione comprovante il riconoscimento di condizione di disabilità grave
(da allegare solo se nuovo piano o se la disabilità è stata rivalutata)
- copia del decreto di nomina dell'amministratore di sostegno/tutore in corso di validità
- copia della certificazione medica specialistica aggiornata attestante lo stato di invalidità di almeno un componente del nucleo familiare
- allegato B - scheda salute firmata e timbrata dal medico che ha in cura la persona con disabilità
(da allegare per i nuovi piani, facoltativa per i rinnovi)
- allegato D – dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
- copia del documento di identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- 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.

Ittiri

Luogo

Data

il dichiarante