Al Responsabile del Servizio Sociale
del Comune di Pozzomaggiore
Via Sac. A. Fadda 10
07018 Pozzomaggiore

OGGETTO: L. 162/98 – Richiesta per la predisposizione del piano personalizzato di sostegno in favore di persone con handicap grave. Anno 2020.

☐ **NUOVO PIANO**

☐ **PIANO IN ESSERE**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ prov. _____

Il_____ e residente a _____ via/Piazza_____

N°____ CAP. _____ Tel. _____ cell. _____

Codice Fiscale ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐

In qualità di

☐ destinatario del piano

☐ Titolare della responsabilità genitoriale ☐ Amministratore di sostegno ☐ Tutore

☐ Familiare o persona delegata, ovvero in possesso di delega formale da parte del destinatario (allegare atto di delega originale corredato da copia del documento di identità in corso di validità del delegante e del delegato)

CHIEDE

Che venga predisposto un piano personalizzato di sostegno in favore di persone con handicap grave ai sensi della L. 162/98 – Anno 2020

☐ in suo favore

☐ in favore del/la Sig./ra _____ nato/a a _____ Prov.____ il _____ residente in Pozzomaggiore in Via/Piazza _____ N°_____ Tel. _____ Cell._____

Codice Fiscale ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐

DICHIARA (barrare la voce che interessa)

☐ che il destinatario del piano ha avuto il riconoscimento della condizione di handicap grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, della L.104/92, **entro il 31/12/2019**;

☐ che il destinatario del piano ha effettuato la visita entro il 31/12/2019 e la relativa certificazione definitiva è successiva a tale data;

A tal fine allega:

☐ certificazione sanitaria comprovante il riconoscimento di handicap grave, ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/92;

- ☐ DECRETO DEFINITIVO;
- ☐ DECRETO TEMPORANEO: SCADE IL _____;

☐ Scheda Salute (Allegato B) - compilata, sottoscritta e timbrata dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta o da altro medico di struttura pubblica;

☐ certificazione comprovante che l'handicap grave, per il quale il destinatario ha ottenuto il riconoscimento, è congenito o sopravvenuto prima del compimento dei 35 anni di età;

☐ (*solo per i piani in essere*) Non allega Scheda Salute aggiornata in quanto la situazione sanitaria non risulta variata;

☐ Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante gli emolumenti percepiti nell'anno 2019 (Allegato D);

☐ Attestazione ISEE 2020 rilasciata per prestazioni socio sanitarie non residenziali, corredata dalla DSU;

☐ Fotocopia del documento d'identità in corso di validità del destinatario del piano e del richiedente;

☐ Per i tutori o amministratori di sostegno fotocopia del decreto di nomina in corso di validità;

☐ Nel caso di presenza all'interno del nucleo familiare del disabile di componenti affetti da gravi patologie certificazione sanitaria (es. invalidità civile) o altra certificazione medico specialistica aggiornata.

☐ Codice IBAN del beneficiario del Piano Personalizzato oppure Delega in bollo per riscossione provvidenze.

Pozzomaggiore, _____ Firma

_____

Lo/a scrivente dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 13 e 14 del Reg. UE 2016/679 "GDPR" che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa per cui presta il suo consenso al trattamento dei dati personali e sensibili necessari per lo svolgimento della pratica.

Pozzomaggiore, _____ Firma

_____