

Da presentare all'Ufficio Protocollo ENTRO IL 30 NOVEMBRE 2023

Istanza di predisposizione del Piano Personalizzato di sostegno a favore di persone in situazione di handicap grave. L. 162/98, art. 3 comma 3 lettera C).

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ e residente a _____ in via _____
n. _____ C.F. _____ Tel. _____ in qualità di:
☐ **richiedente;**
☐ **familiare _____;**
☐ **tutore o amministratore di sostegno;**
☐ **altro _____.**

CHIEDE

La predisposizione del Piano Personalizzato ai sensi della L.162/98:

- ☐ **Per se stesso;**
☐ **Per il/la sig./sig.ra:** _____ nato a _____
il _____ residente a Villaspeciosa in via _____
n. _____ C.F. _____

A tal fine, ai sensi del D.P.R. N. 445/2000 e ss.mm.ii.,

DICHIARA

- ☐ Che il proprio nucleo familiare è così composto:
n. _____ persone, _____

di cui n. _____ disabili, in possesso del riconoscimento di handicap grave ai sensi della L. 104/92, art. 3 comma 3;
- ☐ Che la condizione di disabilità grave, ai sensi dell'art.3 comma 3 della L.104/92, è stata riconosciuta entro il 31/3/2023.
- ☐ Di essere in attesa del riconoscimento della certificazione di disabilità grave, ai sensi dell'art.3 comma 3 della L.104/92;
- ☐ Che la condizione di disabilità grave, ai sensi dell'art.3 comma 3 della L.104/92, è stata riconosciuta dopo il 31/03/2023 ed entro il 30/11/2023.
- ☐ Che la disabilità è congenita o sopraggiunta entro il 35° anno di età;

Dichiara, inoltre, di acconsentire al trattamento dei dati personali per le finalità di cui alla presente richiesta, ai sensi di quanto previsto dal Decreto Legislativo 30 Giugno 2003, n. 196 e successive modificazioni ed integrazioni.

ALLEGA ALLA PRESENTE I SEGUENTI DOCUMENTI:

- 1) Copia del verbale definitivo di riconoscimento dell'handicap in situazione di gravità, ai sensi della Legge n.104/1992, art.3 comma 3;
- 2) Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente e del destinatario del piano personalizzato;
- 3) Certificazione ISEE redatto secondo le disposizioni di cui all'art. 6 DPCM n. 159/2013 e secondo il disposto normativo di cui alla Legge n. 89 del 26 maggio 2016, art. 2-sexies;
- 4) Scheda Salute, da compilarsi a cura del Medico medicina generale o specialistica struttura pubblica o convenzionata. **Per i Piani in corso, ove necessario e/o su richiesta del beneficiario.**
- 5) Allegato D, "DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA" relativo ai redditi esenti IRPEF e provvidenze eventualmente percepite dal beneficiario del piano;
- 6) Allegato F "Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dalla quale risulti l'eventuale fruizione, da parte di uno o più familiari del disabile, di permessi lavorativi retribuiti ai sensi della Legge 104/92", con la specificazione del soggetto erogatore (datore di lavoro), delle ore settimanali e annuali e del numero di settimane fruiti;
- 7) Per i tutori o amministratori di sostegno: fotocopia del decreto di nomina in corso di validità;
- 8) certificazione sanitaria attestante l'eventuale compresenza in famiglia di altri componenti del nucleo familiare affetti da grave patologia.

Data _____

Firma del richiedente
