

Spett. le
COMUNE DI VILLASPECIOSA
Settore Socio Assistenziale
Ufficio Servizi Sociali
PIAZZA CROCE SANTA N.6
09010 VILLASPECIOSA

Da presentare all'Ufficio Protocollo entro e non oltre il **05 APRILE 2024.**

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) con decorrenza dal 01 maggio 2024 al 31 dicembre 2024.

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

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

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

- ☐ **RINNOVO con decorrenza dal 01/05/2024 al 31/12/2024**
- ☐ **NUOVA ATTIVAZIONE con decorrenza dal 01/05/2024 al 31/12/2024. Potranno essere avviati a decorrere dal 01 maggio 2024 seguendo l'ordine cronologico delle domande presentate e nei limiti delle risorse assegnate.**

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;

**RINNOVO PIANO (COMPILAZIONE DA PARTE SOLO DEI RICHIEDENTI BENEFICIARI
DEL PIANO IN CORSO)**

Dichiara:

1. Che la situazione sociale dichiarata nella Scheda Sociale (allegato C) nell'anno 2023:

- ☐ È rimasta invariata, non sono, infatti, sopraggiunti cambiamenti;
- ☐ Si è modificata in uno o più dei sottoelencati punti e, **a tal fine, chiede** di essere contattata/o dall'assistente sociale:
 - Servizi fruiti (es. scuola- fisioterapia- lavoro- servizio trasporto, servizio ass. domiciliare o ADI o frequenza centro diurno o residenziale ecc) settimanalmente dal destinatario del piano;
 - Carico assistenziale familiare;
 - Particolari situazioni di disagio;
 - Tipologia di intervento richiesto.

2. Che la situazione sanitaria (Scheda Salute allegato B):

- ☐ È rimasta invariata
- ☐ È variata e pertanto trasmette una nuova scheda salute

3. Che per l'esecuzione del progetto si avvarrà:

- ☐ del rapporto contrattuale in essere al 31/12/2023 tutt'ora valido con scadenza al _____
- ☐ di un NUOVO contratto di assunzione nel quale devono essere indicati il tipo di rapporto di lavoro (tempo determinato sino al o indeterminato), l'inquadramento professionale dell'operatore, il costo orario e le ore settimanali; A tal fine si allega:
 - Copia della denuncia UNILAV all'INPS;
 - Le convenzioni stipulate;

**PIANI NUOVA ATTIVAZIONE (COMPILAZIONE DA PARTE DEI RICHIEDENTI CHE
ATTUALMENTE NON USUFRUISCONO DEL PIANO PERSONALIZZATO)**

Dichiara:

- ☐ Che la condizione di disabilità grave, ai sensi dell'art.3 comma 3 della L.104/92, è stata riconosciuta entro il 31/03/2024.
- ☐ Di essere in attesa del riconoscimento della certificazione di disabilità grave, ai sensi dell'art.3 comma 3 della L.104/92;

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 del destinatario del piano e dell'eventuale incaricato della tutela o titolare della potestà genitoriale o amministratore di sostegno con copia della nomina del giudice tutelare;
- 3) Certificazione ISEE 2024, 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 solo se **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.
- 9) Informativa sulla privacy.

Dichiaro 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.

Data _____

Il destinatario del piano o l'incaricato della tutela o
titolare della potestà genitoriale o
amministratore di sostegno
