## ALL’UFFICIO SERVIZI SOCIALI

# COMUNE DI NUGHEDU S. NICOLÒ

**OGGETTO: L. 162/98 - PRIMA ATTIVAZIONE Piani personalizzati in favore di persone con disabilità grave ai sensi dell’art. 3, comma 3 della legge 104/92. (decorrenza dal 01/05/2025)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prov. \_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**in qualità di**

🞏 destinatario del piano 🞏 genitore 🞏 figlio/figlia 🞏 tutore

**oppure in qualità di:**

🞏 incaricato/a della tutela 🞏 titolare della potestà genitoriale 🞏 amministratore di sostegno

🞏 altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della persona destinataria del piano

**CHIEDE**

**che venga predisposto un piano personalizzato** ai sensi della L. n. 162/98 da realizzarsi nell’anno 2024

🞏 in suo favore

🞏 in favore del/la Sig./ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 prov. \_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a Nughedu San Nicolò Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In possesso del certificato di disabilità grave ai sensi dell’art.3, comma 3, della L.104/92.

.

A tal fine, ai sensi dell’art. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 dello stesso DPR 445/2000

**DICHIARA**

* che il valore **ISEE 2025** è pari a **€\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** come da attestazione allegata;
* Che il nucleo familiare del/la destinatario/a del Piano è residente nel Comune di Nughedu San Nicolò in Via /Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_\_ ed è così composto:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **n°** | **Cognome e Nome** | **Luogo di nascita** | **Data di nascita** | **Rapporto con il destinatario del piano** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |

* Che il **CODICE IBAN** sul quale accreditare il finanziamento è il seguente:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Paese** | **Cin Eur** | **Cin** | **ABI** | **CAB** | **Numero conto corrente** |
|  |  |  |  |  |  |

* di essere a conoscenza che sui dati dichiarati ai sensi dell’art. 71 del D.P.R. n. 445 del 2000; nel caso di erogazione di una prestazione sociale agevolata, potranno essere eseguiti controlli, diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite ed effettuati, da parte della Guardia di Finanza presso gli istituti di credito e gli altri intermediari finanziari che gestiscono il patrimonio mobiliare, ai sensi dell’art 4, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, e 6, comma 3, del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 7 maggio 1999, n. 221, e successive modificazioni; potranno essere effettuati controlli sulla veridicità della situazione familiare dichiarata e confronti dei dati reddituali e patrimoniali con i dati in possesso del sistema informativo del Ministero della Finanze

**A tal fine allega alla presente:**

* **Certificazione di disabilità** grave rilasciata dalla Commissione per l’accertamento delle invalidità civili operante in seno all’ASL , ai sensi della L.104/92, art.3, comma 3;
* **Scheda di salute** (**Allegato B - RAS)** debitamente compilata e sottoscritta a cura del medico di Medicina Generale, da un Pediatra di Libera scelta o da altro Medico di struttura pubblica o convenzionato che ha in cura la persona con disabilità.
* Dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà con indicazione dei redditi esenti IRPEF percepiti nell’**anno 2024** (**Allegato D - RAS;**);
* **Attestazione ISEE 2025** per prestazioni socio sanitarie;
* **Fotocopia Codice Fiscale** del destinatario del piano
* Fotocopia **documento d’identità** in corso di validità del destinatario del piano e del richiedente.

🞏 Autocertificazione Servizi Fruiti settimanalmente dal destinatario del Piano e del Carico Assistenziale (vedi modulo allegato)

**Ai fini del riconoscimento del punteggio spettante si allegano i seguenti documenti:** (barrare le voci che interessano):

* **certificazione medica** recente ed esaustiva attestante che all’interno del nucleo familiare del disabile siano presenti familiari affetti da gravi patologie;

🞏 Autocertificazione permessi dal lavoro per Legge n. 104/92, art. 33 comma 3 (da compilare solo se vengono fruiti da familiari conviventi) – vedi modulo allegato,

**Si impegna**, in sede di colloquio fissato dall’Operatore Sociale a collaborare con lo stesso nella compilazione della **scheda sociale (Allegato C - RAS**) e a rilasciare la Dichiarazione sostitutiva RAS dell’atto di notorietà acclusa all’Allegato C) attestante la veridicità delle informazioni riportate nella Scheda Sociale.

Si allega inoltre l’informativa trattamento dati personali GDPR del 27.04.2016 da firmare

Nughedu San Nicolò, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_