## ALL’UFFICIO SERVIZI SOCIALI

# COMUNE DI NUGHEDU S. NICOLÒ

OGGETTO: L. 162/98 - RINNOVO E RIVALUTAZIONE Piani personalizzati in favore di persone con disabilità grave ai sensi dell’art. 3, comma 3 della legge 104/92. IN ESSERE AL 31.12.2024.

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

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

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

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

**in qualità di** *(barrare la voce che interessa)*

🞏 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**

**IL RINNOVO** del piano personalizzato ai sensi della L. n. 162/98, da realizzarsi nell’anno 2025

🞏 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Riconosciuto disabile grave ai sensi dell’art.3, comma 3, della L.104/92e già beneficiario del Piano Personalizzato di cui alla L. 162/98 nel corso dell’anno 2023.

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 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 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |

* 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:**

* Copia rinnovo contratto di lavoro (lettera di assunzione) stipulato con la ❒ Cooperativa Sociale ❒ Educatore Professionale ❒ Assistente familiare ❒ altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (barrare la voce che interessa);

**(solo in caso di contratto scaduto)**

* Copia **denuncia INPS**; (**solo in caso di contratto scaduto**)
* Fotocopia **documento d’identità** in corso di validità del destinatario del piano e del richiedente.
* **ATTESTAZIONE ISEE per prestazioni socio sanitarie 2025;**
* Dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà con indicazione dei redditi esenti IRPEF percepiti nell’**anno 2024** (**Allegato D - RAS;**);
* **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 (**solo in caso di aggravamento della situazione sanitaria**);
* copia certificazione della situazione di handicap grave di cui all'art. 3, comma 3 della Legge N. 104/92 **(se revisionata);**

**Ai fini del riconoscimento del punteggio per particolari situazioni di disagio 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;

**Si impegna**, in sede di colloquio fissato dall’Operatore Sociale a collaborare con lo stesso nell’eventuale richiesta di rivalutazione 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 informativa trattamento dati personali GDPR del 27/04/2016 da firmare

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

**DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA PER I RINNOVI:**

**1.** copia certificazione della situazione di handicap grave di cui all'art. 3, comma 3 della Legge N. 104/92

**(se revisionata);**

**2.** ISEE socio sanitario(ISEE ristretto) in corso di validità;;

**3. c**opia del documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del dichiarante e del destinatario del piano;

**5.** Scheda Salute (Allegato B) compilata dal Medico di Medicina Generale/Pediatra o altro Medico della struttura pubblica o convenzionata **(solo in caso di aggravamento della situazione sanitaria);**

**6.** Certificazione medica attestante la condizione di disabilità grave di familiari appartenenti al nucleo familiare del destinatario del piano;

**7.** Dichiarazione sostitutiva di notorietà attestante gli emolumenti percepiti nell'anno 2024 (Allegato D);

**8**. Eventuale copia del decreto di nomina tutore, curatore o amministratore di sostegno del destinatario del piano.