

**Oggetto: Richiesta predisposizione Piano Personalizzato di sostegno a favore di persona con handicap grave ex Legge n. 162/1998 – Anno 2020.**

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_ nat\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_,  
recapito telefonico: casa \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000). E' informato ed autorizza la raccolta dei dati per l'emanazione del provvedimento amministrativo ai sensi dell'art. 13 D. Lgs n. 196/2003

**CHIEDE**

In qualità di:

- Destinatario del Piano Personalizzato
- Incaricato della tutela
- Titolare della potestà genitoriale
- Amministratore di sostegno della persona destinataria del Piano
- Familiare di riferimento (Grado di parentela) \_\_\_\_\_

Del/la sig./ra \_\_\_\_\_  
(Cognome) (Nome)

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), in Via \_\_\_\_\_ N.\_\_\_\_,  
N. Telefono \_\_\_\_\_ N. Cod. Fiscale \_\_\_\_\_

**La predisposizione di un Piano Personalizzato di cui alla L.162/1998 da realizzarsi con decorrenza 01 Maggio 2020 – 31 Dicembre 2020:**  RINNOVO  Piano NUOVO

**Il Piano verrà predisposto, secondo i criteri e le modalità di cui alla normativa vigente, per l'attivazione del/degli intervento/i di:**

- Servizio educativo (solo per infrasestantacinquenni)
- Assistenza personale e/o domiciliare
- Soggiorno per non più di 30 giorni nell'arco di un anno presso Strutture autorizzate ai sensi dell'art. 40 della L.R. 23/2005 o presso Residenze Sanitarie Assistenziali autorizzate, limitatamente al pagamento della quota sociale
- Accoglienza presso Centri diurni autorizzati ai sensi dell'articolo 40 della L.R. 23/2005 e presso centri diurni integrati di cui al D.P.R. 14.01.1997 e alle deliberazioni della Giunta regionale in materia di Residenze Sanitarie Assistenziali e di Centri diurni integrati, limitatamente al pagamento della quota sociale

Attività sportive e/o di socializzazione (solo per infraseessantacinquenni).

(SPECIFICARE \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_).

A tal fine **DICHIARA:**

Che il destinatario del Piano Personalizzato ai sensi della legge n. 162/1998:

1.  E' in possesso della **Certificazione, alla data del 31/12/2019**, attestante la condizione di handicap grave di cui alla **Legge 104/92, art. 3, comma 3**, di cui si allega copia;  
*oppure*  
 è in possesso della dichiarazione della competente Commissione che ha visitato, **entro il 31/12/2019**, la persona con disabilità attestante il riconoscimento dello stato di handicap grave di cui all'art. 3, comma 3, della L. n. 104/92, di cui si allega copia;  
*oppure*  
 è in possesso della **Certificazione, alla data del 31/12/2019**, attestante la condizione di handicap grave di cui alla **Legge 104/92, art. 3, comma 3**, in cui era prevista la rivedibilità al \_\_\_\_\_ ed è in attesa della visita di revisione e/o del relativo iter di verifica (ex Legge 11 agosto 2014, n. 114);
2.  Che il finanziamento richiesto verrà utilizzato per le finalità di cui alla Legge n.162/1998 e che l'intervento da realizzarsi garantirà Servizi nell'arco temporale stabilito dalla R.A.S.;
3.  Che l'ISEE 2020 per prestazioni socio-sanitarie redatto secondo la normativa vigente (D.P.C.M. n°159/2013), **priva di omissioni e difformità**, é pari a € \_\_\_\_\_;
4.  Che, nell'Anno 2019,  **il destinatario del Piano** oppure  il seguente familiare convivente del destinatario \_\_\_\_\_ ha fruito dei permessi di lavoro ai sensi della L.n°104/1992, per n° \_\_\_\_ settimane annuali e per n° \_\_\_\_ ore settimanali, per un totale complessivo di ore annue pari a n° \_\_\_\_ e che il soggetto erogatore è \_\_\_\_\_  
(da compilare solo se chi ne usufruisce è destinatario del Piano o familiare convivente);  
*oppure*  
 Che il destinatario del Piano e nessun familiare convivente ha fruito nell'Anno 2019 dei permessi di lavoro ai sensi della L.n°104/1992;
5.  Che la disabilità della persona destinataria del Piano Personalizzato è insorta entro i 35 anni di vita, preso atto che la condizione di cui sopra determina l'attribuzione di punti 10 in relazione all'età;  
*oppure*  
 Che la disabilità della persona destinataria del Piano Personalizzato **NON** è insorta entro i 35 anni di vita;
6.  Che **NON intende presentare una nuova Scheda Salute** e pertanto **CONFERMA** la Scheda utilizzata per l'anno 2019, già in possesso dell'Ufficio Servizi Sociali di codesto Comune;  
*oppure*  
 Che ha provveduto ad **AGGIORNARE** la Scheda Salute che si allega in copia;
7.  **Di essere a conoscenza che la gestione del Piano Personalizzato in oggetto NON potrà essere affidata ai parenti conviventi né a quelli indicati all'art.433 del Codice Civile.**

## ALLEGA

- Copia della **Certificazione** attestante la condizione di handicap grave alla data del 31/12/2019, di cui **Legge 104/92 art. 3, comma 3** - **DEFINITIVA**  SI  NO
- Copia della dichiarazione della competente Commissione che ha visitato, entro il 31/12/2019, la persona con disabilità attestante il riconoscimento dello stato di handicap grave di cui all'art. 3 comma 3 della L. n. 104/92;
- Certificazione **ISEE 2020** per prestazioni socio-sanitarie redatta secondo la normativa vigente (art.6 del D.P.C.M. n°159/2013 e s.m.i). **Si allega copia della D.S.U e relativa Attestazione ISEE;**
- Copia del Documento d'Identità personale in corso di validità del destinatario del Piano e, se persona diversa, del richiedente;
- Copia della documentazione attestante l'eventuale nomina di Tutore, di Curatore o di Amministratore di Sostegno;
- Allegato B "Scheda Salute" compilata dal Medico di Medicina generale o dal Pediatra di libera scelta e/o altro Medico della Struttura Pubblica che ha in carico il paziente. (Le persone che hanno un Piano Legge 162/98 in essere al 31/12/2019 potranno presentare la Scheda Salute in caso di aggravamento);
- Allegato D (Dichiarazione Sostitutiva di Atto di Notorietà);
- Nel caso di presenza all'interno del nucleo familiare del disabile, di altra persona affetta da gravi patologie, fotocopia della relativa certificazione di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento;
- Certificazione del Medico di Medicina Generale o dello Specialista o altra idonea certificazione, attestante che l'handicap grave del destinatario è congenito o insorto entro i 35 anni per patologia acquisita;
- Altro: \_\_\_\_\_

Orani, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la Dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta

**Il presente Modulo di Domanda dovrà essere debitamente compilato in ogni sua parte, sottoscritto e corredato di tutta la documentazione sopra elencata. La mancata compilazione, anche parziale, del Modulo o la mancata presentazione anche di uno solo dei documenti richiesti comporterà la mancata attribuzione del punteggio o l'esclusione della Domanda.**

Spazio riservato all'Ufficio Servizi Sociali:

VISTO DI REGOLARITA' DELLA DOCUMENTAZIONE PRESENTATA
Data _____ Assistente Sociale _____
Eventuali note: _____
_____
Data _____ Assistente Sociale _____

**Informativa effettuata ai sensi dell'art. 13 Regolamento (UE) 2016/679 (RGDP)**

Il Comune di ORANI, con sede in ORANI, Piazza Italia, 7, email: [segreteria@comune.orani.nu.it](mailto:segreteria@comune.orani.nu.it) - pec: [protocollo@pec.comune.orani.nu.it](mailto:protocollo@pec.comune.orani.nu.it) - tel. 0784 74123 - fax 0784 74868, nella sua qualità di **Titolare del trattamento dei dati**, tratterà i dati personali conferiti con la presente modulistica, sia su supporto cartaceo sia con modalità informatiche e telematiche, **esclusivamente al fine di espletare le attività di erogazione dei servizi richiesti, nell'esecuzione dei compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei pubblici poteri propri dell'Ente**, nel rispetto dei principi di cui al Regolamento UE 2016/679.

La informiamo che il trattamento dei Suoi dati personali avverrà secondo modalità idonee a garantire sicurezza e riservatezza e sarà effettuato utilizzando supporti cartacei, informatici e/o telematici per lo svolgimento delle attività dell'Amministrazione.

Il trattamento dei dati è improntato ai principi di liceità, correttezza e trasparenza e, in conformità al principio di cd "minimizzazione dei dati", i dati richiesti sono adeguati, pertinenti e limitati rispetto alle finalità per le quali sono trattati.

In particolare, i dati sono raccolti e registrati unicamente per gli scopi sopraindicati e saranno tutelate la Sua dignità e la Sua riservatezza.

**Il conferimento dei dati di cui alla presente modulistica è obbligatorio ed il loro mancato inserimento comporterà l'applicazione delle disposizioni sanzionatorie espressamente previste dalla vigente normativa.**

I dati raccolti con la presente domanda potranno essere comunicati, se previsto da norma di legge o di regolamento, ad altri soggetti pubblici espressamente individuati e/o diffusi, laddove obbligatorio, a seguito di pubblicazione all'Albo Pretorio On line (ai sensi dell'art. 32, L. 69/2009) ovvero nella Sezione del sito istituzionale dell'Ente denominata "Amministrazione Trasparente" (ai sensi del D. Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii).

Gli stessi dati potranno formare oggetto di istanza di accesso documentale ai sensi e nei limiti di cui agli artt. 22 e ss. L. 241/90, ovvero potranno formare oggetto di richiesta di accesso civico "generalizzato", ai sensi dall'art. 5, comma 2, e dall'art. 5 bis, D. Lgs. 33/2013.

I dati conferiti, saranno trattati dall'Amministrazione per il periodo necessario allo svolgimento dell'attività amministrativa correlata e conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

I dati saranno trattati esclusivamente dal personale, da collaboratori dell'Ente ovvero da soggetti esterni espressamente nominati come Responsabili del trattamento dal Titolare.

Al di fuori delle ipotesi sopra richiamate, i dati non saranno comunicati a terzi né diffusi.

Gli interessati hanno il diritto di chiedere al Titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento, ai sensi degli artt. 15 e ss. RGDP.

**Apposita istanza è presentata al Responsabile della Protezione dei dati dell'Ente (ex art. 38, paragrafo 4, RGDP), individuato nella Digitalpa S.r.l., con sede in Via San Tommaso d'Aquino, 18/A - 09134 Cagliari - P.I./C.F. 03553050927 - Tel: 070/3495386 - 070/4640438 Email: [privacy@digitalpa.it](mailto:privacy@digitalpa.it)**

Dichiaro di aver ricevuto tutte le informazioni di cui all'art. 13 RGDP in relazione ai dati contenuti nell'allegata modulistica.

Orani \_\_\_\_\_

L'interessato al trattamento dei dati

\_\_\_\_\_

(firma per esteso)