

**OGGETTO: L. 162/98 – Richiesta per la predisposizione del piano personalizzato di sostegno a favore di persona con grave disabilità. Programma da attuarsi nel 2018.
Periodo 01.05.2018/31.12.2018.**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
prov. _____ il _____ residente a _____ Via/Piazza
_____ n° _____ cap. _____ tel. _____
cell. _____ Codice fiscale _____

in qualità di

- destinatario/a del piano
- genitore figlio/figlia
- tutore

oppure in qualità di: incaricato/a della tutela titolare della potestà genitoriale amministratore di sostegno
altro _____ (persona delegata) della persona destinataria del piano

CHIEDE

che venga predisposto un piano personalizzato ai sensi della L. n. 162/98 da realizzarsi nell'anno 2018: in
suo favore in favore del/la Sig./ra

_____ nato/a a _____
prov. _____ il _____ residente a _____
Via/Piazza _____ n° _____ tel. _____
cell. _____ Codice fiscale _____

Riconosciuto disabile grave ai sensi dell'art.3, comma 3, della L.104/92 entro il 31.12.2017.

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.
- Scheda sociale(Allegato C- RAS) la cui compilazione compete all'Assistente Sociale in collaborazione con il destinatario del piano o l'incaricato della tutela o titolare della potestà genitoriale o amministratore di sostegno o persona delegata
- Dichiarazione sostitutiva RAS dell'atto di notorietà acclusa all'allegato C attestante la veridicità delle informazioni riportate nella Scheda Sociale;

- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante gli emolumenti esenti IRPEF percepiti nell'anno 2017 (Allegato D RAS);
- ISEE 2018 con relativa Dichiarazione Sostitutiva Unica;
- Fotocopia documento d'identità in corso di validità del destinatario del piano e del richiedente
- Copia del provvedimento del Tribunale di nomina di tutore o amministratore di sostegno (DA PRESENTARE OBBLIGATORIAMENTE)

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

- Certificazione medica attestante che il familiare è affetto da grave patologia Nel caso di presenza all'interno del nucleo familiare del disabile di familiari affetti da gravi patologie, recente ed esaustiva;
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dalla quale risulti l'eventuale fruizione, da parte di una 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 delle settimane fruito.
- Eventuale certificazione del riconoscimento dell'indennità di accompagnamento di familiari conviventi;
- Codice IBAN del beneficiario del Piano Personalizzato (con esclusione dei minori il cui conto deve essere intestato ai genitori) ovvero Modulo di delega allegato alla presente richiesta.

BORTIGALI, _____ Firma _____

Lo/a scrivente dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.lgs. n° 196 del 30/06/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa per cui presta il suo consenso per il trattamento dei dati personali e sensibili necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

BORTIGALI, _____ Firma _____

Per informazioni rivolgersi all' Ufficio Servizi Sociali (tel. 0785 80620 fax 0785 80131 e-mail: servsociale@comune.bortigali.nu.it) nei seguenti giorni ed orari: mercoledì e venerdì dalle ore 11.00 alle ore 13.00.