COMUNE DI SANT'ANNA ARRESI

AREA SOCIO ASSISTENZIALE PEDAGOGICA

Piazza Moro 1, 09010 SANT' ANNA ARRESI – Tel.0781.96691
P.IVA 01351570922 C.F. 81001910926

Allegato C alla Determinazione del Responsabile dell'Area Socio Assistenziale Pedagogica n.1 del 23/01/2024

Spett.Le COMUNE DI SANT'ANNA ARRESI
Alla c.a. Servizio Sociale

OGGETTO: ***L. 162/98. RICHIESTA PREDISPOSIZIONE PIANO PERSONALIZZATO DI SOSTEGNO A FAVORE DI PERSONE CON HANDICAP GRAVE - ANNUALITA' 2024***

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____ e residente a _____

in Via _____N. ____ C.F. _____

Telefono _____ Cell. _____

email _____

posta certificata _____

(campi da compilare obbligatori)

In qualità di:

- ☐ Destinatario del piano
- ☐ Incaricato della tutela
- ☐ Titolare della patria potestà
- ☐ Amministratore di sostegno della persona destinataria del piano
- ☐ Parente del beneficiario (figlio, nipote, coniuge …)

Cognome _____ Nome _____

C.F. _____

CHIEDE

Che venga predisposto un Piano Personalizzato di sostegno ai sensi della Legge 162/98 di:

- RINNOVO
- PRIMA ATTIVAZIONE

- in suo favore
- in favore del/la Sig./ra/ minore_____ nato/a a_____ prov. _____ il _____, Codice fiscale _____ residente in Sant'Anna Arresi Via/Piazza/Reg. _____ n° ____ tel._____

cell._____ in possesso del certificato di disabilità grave ai sensi dell'art.3 comma 3, della Legge n.104/1992

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti e consapevole di quanto disposto dall'art.77 del medesimo D.P.R. 445/2000 in merito alla decadenza dei benefici,

DICHIARA, per se'o per l'avente diritto

□ che il valore ISEE 2024 è pari a €_____, come da attestazione allegata;

1. Di essere in possesso della certificazione di cui all'art. 3, comma 3, della L. 104/92 (riconoscimento dello stato di handicap grave) rilasciata dalla competente commissione medica alla data del 31.03.2023;
2. Che la disabilità è congenita (allegare certificazione);
3. Che la disabilità è insorta entro il 35 anno di età (allegare certificazione)
4. Di essere consapevole che la mancata presentazione della documentazione richiesta e/o la compilazione incompleta del presente modulo di domanda comporta la non accettazione dell'istanza in oggetto;
5. Di essere consapevole che l'Ufficio Servizi Sociali effettuerà gli opportuni controlli sulla veridicità della documentazione allegata;
6. Che il proprio nucleo familiare è così composto:

Nome	Cognome	Nato a	Nato il	Relazione di Parentela

□ 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.

Si allega obbligatoriamente alla presente:

 Certificazione di disabilità grave rilasciata dalla Commissione medica per l'accertamento dell'handicap, ai sensi dell'art.3, comma 3 della Legge n. 104/1992;

 Scheda di salute debitamente compilata e sottoscritta a cura del medico di Medicina Generale, di un Pediatra di Libera scelta o di altro Medico di struttura pubblica o convenzionato che ha in cura la persona con disabilità (Allegato B - RAS) – non obbligatoria per i Piani in Rinnovo;

 Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà con indicazione dei redditi esenti IRPEF percepiti nell'anno 2022 (Allegato D - RAS);

 Attestazione socio-sanitaria ISEE 2024;

 Fotocopia codice fiscale del destinatario del piano;

 Modulo coordinate bancarie e codice IBAN con intestazione del beneficiario;

 Fotocopia documento d'identità in corso di validità del destinatario del piano e del richiedente.

 Eventuale copia del decreto di nomina tutore, curatore o amministratore di sostegno del destinatario del piano. Ai fini del riconoscimento del punteggio spettante si allegano i seguenti ulteriori documenti:

 certificazione medica attestante la grave patologia, corredata da esaustiva documentazione medica, di uno o più familiari conviventi;

 Dichiarazione che l'handicap del richiedente è congenito o sopravvenuto prima dei 35 anni d'età;

 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;

 Autocertificazione Servizi fruiti settimanalmente dal destinatario del piano e del carico assistenziale (servizi fruiti che riducono il carico familiare) – vedi modulo allegato

Dichiaro di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96, i dati personali da me forniti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.
Si allega pertanto informativa trattamento dati personali GDPR del 27/04/2016 da firmare.

Sant'Anna Arresi lì _____

In fede

_____