

 <p><b>CITTÀ DI SANLURI</b></p>	<p>Amministrazione destinataria Città di Sanluri</p> <p>Ufficio destinatario Area sociale</p>	
---	---	--

## Domanda o rinnovo del piano personalizzato di sostegno per persone con grave disabilità

Il sottoscritto					
Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata
in qualità di					
Ruolo					
<input type="radio"/> destinatario del piano					
<input type="radio"/> titolare della potestà genitoriale					
<input type="radio"/> amministratore di sostegno					
<b>pertanto allega la copia del decreto di nomina in corso di validità</b>					
<input type="radio"/> incaricato della tutela					
<input type="radio"/> familiare o persona delegata					
<i>(in possesso di delega formale da parte del destinatario)</i>					
<b>pertanto allega copia dell'atto di delega e documenti di identità del destinatario del piano</b>					

### CHIEDE

<input type="radio"/> la predisposizione di un piano personalizzato di sostegno ai sensi della Legge 21/05/1998, n. 162					
<input type="radio"/> il rinnovo del piano personalizzato di sostegno ai sensi della Legge 21/05/1998, n. 162					
Soggetto interessato					
<input type="radio"/> per sè stesso					
<input type="radio"/> per il seguente familiare o tutelato					
Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Sesso		Data di nascita	Luogo di nascita		Cittadinanza
In qualità di (*)					

In qualità di (\*):

amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale

attualmente residente in						
Provincia	Comune		Indirizzo	Civico	Barrato	Piano

<input checked="" type="checkbox"/>	che l'eventuale contributo venga erogato con una delle seguenti modalità										
<input type="checkbox"/>	accredito su conto corrente bancario o postale										
	IBAN										
<input type="checkbox"/>	rimessa diretta in proprio favore (possibile solo per importi inferiori a 1.000,00 €)										
<input type="checkbox"/>	rimessa diretta in favore della seguente persona delegata										
	Cognome			Nome			Codice Fiscale				
	Sesso	Data di nascita		Luogo di nascita		Cittadinanza					
	Residenza										
	Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
	Telefono cellulare				Telefono fisso						
	Posta elettronica ordinaria					Posta elettronica certificata					

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

#### DICHIARA

- che il destinatario del piano è in possesso della certificazione di handicap grave ai sensi dell'articolo 3, comma 3 della Legge 05/02/1992, n. 104, pertanto allega la copia della certificazione comprovante il riconoscimento di handicap grave
- che il destinatario del piano ha effettuato la visita per il riconoscimento dello stato di handicap grave ai sensi dell'articolo 3, comma 3 della Legge 05/02/1992, n. 104, ma, di non essere in possesso della relativa certificazione
- che all'interno del nucleo anagrafico del destinatario sono presenti familiari che usufruiscono dei permessi dal lavoro ai sensi della Legge 05/02/1992, n. 104

- che all'interno della famiglia anagrafica sono presenti familiari in gravi e documentate condizioni di salute

**pertanto allega la copia del certificato del medico specialista**

- che la famiglia anagrafica del destinatario risulta così composta

Cognome	Nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Rapporto di parentela

- che l'indicatore della situazione economica, ISEE, è pari a

Valore ISEE	Data di rilascio	Data di fine validità
€		

- che l'anno scorso la persona destinataria del piano ha percepito le seguenti retribuzioni

Retribuzioni percepite		Importo annuale
<input type="checkbox"/>	pensione invalidità civile	€
<input type="checkbox"/>	indennità di frequenza	€
<input type="checkbox"/>	indennità di accompagnamento	€
<input type="checkbox"/>	assegno sociale	€
<input type="checkbox"/>	pensione o indennità INAIL	€
<input type="checkbox"/>	indennità o pensione per causa di guerra o servizio	€
<input type="checkbox"/>	assegni mensili continuativi erogati dalla Regione per particolari categorie di cittadini	
<input type="checkbox"/>	provvidenze a favore dei talassemici, degli emofilici e degli emolinfopatici maligni, ai sensi della Legge Regionale 25/11/ 1983, n. 27	€
<input type="checkbox"/>	provvidenze a favore dei nefropatici, ai sensi della Legge Regionale 08/05/1985, n. 11	€
<input type="checkbox"/>	provvidenze a favore di persone affette da patologie psichiatriche ai sensi della Legge Regionale 30/05/1997, n. 20	€
<input type="checkbox"/>	provvidenze a favore di persone affette da neoplasie maligne, ai sensi della Legge Regionale 03/12/2004, n. 9	€
<input type="checkbox"/>	altri contributi da Comuni e aziende ASL	€
<input type="checkbox"/>	altro	
<input type="checkbox"/>	home care premium	€
<input type="checkbox"/>	servizio civico	€
<input type="checkbox"/>	tirocinio formativo	€
<input type="checkbox"/>	altro (specificare)	€

- di essere genitore del minore con stato civile

Stato civile

- che ai fini dell'applicazione dell'articolo 317 del Codice civile, l'altro genitore non può presentare istanza in quanto

<input type="radio"/>	assente per lontananza
<input type="radio"/>	assente per impedimento

- che ai fini dell'applicazione dell'articolo 337-ter del Codice civile, limitatamente alle decisioni su questioni di ordinaria amministrazione il giudice ha stabilito l'esercizio della responsabilità genitoriale separatamente

#### DICHIARA INOLTRE

la presenza di servizi fruiti da familiari conviventi con il destinatario del piano

Servizio fruito	Soggetto erogatore	Numero settimanali	ore	Numero settimane
<input type="checkbox"/>	inserimento socio lavorativo, servizio civile			
<input type="checkbox"/>	asilo nido			
<input type="checkbox"/>	fisioterapia			
<input type="checkbox"/>	assistenza domiciliare erogata da enti pubblici o da associazioni regolarmente convenzionate			
<input type="checkbox"/>	assistenza dimiciliare integrata			
<input type="checkbox"/>	frequenza centri diurni (ANFFAS, Alzheimer, ecc.)			
<input type="checkbox"/>	ricovero, soggiorno o accoglienza in struttura pubblica o privata			
<input type="checkbox"/>	frequenza centri di aggregazione sociale comunali			
<input type="checkbox"/>	trasporto			
<input type="checkbox"/>	altri servizi fruiti (sport, terapia, ecc.)			

**Eventuali annotazioni**

--

**Elenco degli allegati**

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

<input type="checkbox"/>	copia dell'atto di delega e del documento di identità del destinatario del piano
<input type="checkbox"/>	copia del certificato del medico specialista
<input type="checkbox"/>	copia del decreto di nomina dell'amministratore di sostegno in corso di validità
<input type="checkbox"/>	copia della certificazione comprovante il riconoscimento di handicap grave
<input type="checkbox"/>	copia della scheda salute firmata e timbrata dal medico che ha in cura la persona con disabilità <i>(da allegare solo nel caso di nuova domanda o di variazioni al quadro clinico del beneficiario)</i>
<input checked="" type="checkbox"/>	scheda sociale
<input type="checkbox"/>	documento di identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

**Informativa sul trattamento dei dati personali**

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

<input type="checkbox"/>	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.
--------------------------	--

Sanluri

Luogo

Data

Il dichiarante