COMUNE DI ORISTANO
Comuni de Aristanis

Scadenza 14 MARZO 2025

AL COMUNE DI ORISTANO
Ufficio Servizi Sociali

OGGETTO: L. 162/98 – Ri c h i e s t a piano personalizzato di sostegno a favore di persona con handicap grave. Programma 2024 - ANNO 2025.

Tipologia Progetto: ☐ **Nuovo Progetto** ☐ **Rinnovo** ☐ **Rinnovo CON RIVALUTAZIONE**

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in Via _____n____

Codice Fiscale _____

CELL./TEL. (dato obbligatorio) _____

E-MAIL _____

in qualità di _____

☐Destinatario/a del Piano
☐Genitore/Incaricato della Tutela
☐Amministratore Di Sostegno allegare provvedimento Giudice)
☐Familiare di riferimento (indicare il rapporto di parentela)_____

CHIEDE

che venga predisposto il Piano Personalizzato di sostegno ai sensi della L 162/98

a favore di

☐ Se medesimo

Oppure

☐ Cognome e nome _____

Luogo e data di nascita _____

residente a Oristano in Via _____ n._____

Codice Fiscale _____

CELL./TEL. (dato obbligatorio) _____

A tal fine il/la sottoscritto/a consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, 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. 75 del medesimo D.P.R. n. 445/2000 in merito alla decadenza dei benefici in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

1 che il beneficiario del piano è residente nel Comune di Oristano

2. che il beneficiario è in possesso della certificazione sanitaria attestante il riconoscimento di handicap grave ai sensi dell'art 3 comma 3 della L 104/92 e che la stessa certificazione non ha subito revoca, modifica o sospensione dalla data di rilascio;

3. che la disabilità è congenita o sopravvenuta prima dei 35 anni di età: SI ☐ NO ☐

4. di dare il proprio consenso affinchè il Comune di Oristano effettui il controllo in merito alla corrispondenza di quanto dichiarato con le risultanze dei dati custoditi dalle competenti Amministrazioni Pubbliche ai sensi dell'art. 71 comma 3 del D.P.R. 445/2000;

5. che in favore del destinatario del piano:

☐ È stato nominato un tutore o amministratore di sostegno;
☐ Non è stato nominato un tutore o amministratore di sostegno;
☐ È in corso la procedura di nomina del tutore/amministratore di sostegno;

DICHIARA altresì quanto segue:

PARTE PRIMA

SCHEDA SOCIALE

1. COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE DEL BENEFICIARIO

Cognome	Nome	Età	Relazione parentela con il beneficiario	Numero di ore assistenza giornaliera dedicate alla persona con disabilità (*)

(*) indicare quante ore il disabile grave è totalmente assistito dai familiari, sottraendo dalle 24 ore della giornata, il numero di ore di frequenza scolastica, o di altri servizi fruiti erogati da enti pubblici o convenzionati (centri diurni, fisioterapia etc.)

2. Età del beneficiario: _____

3. <u>Servizi pubblici fruiti settimanalmente dalla persona con disabilità nell'anno 2024</u>

(N.B. Non dovranno essere indicati i servizi erogati con i fondi della L. n. 162/1998, né i servizi pagati privatamente e interamente dalle famiglie).

Servizio fruito	**Soggetto erogatore**	**n. ore sett.**	**n. sett. annuali**
- Asilo Nido;			
- Fisioterapia;			
- Assistenza domiciliare erogata da Enti pubblici o da associazioni regolarmente convenzionate;			
- Assistenza domiciliare integrate (ADI);			
- Frequenza Centri Diurni;			
- Ricovero, soggiorno e/o accoglienza in struttura pubblica o privata;			
- Frequenza centri di aggregazione sociale comunali o ludoteche;			
- Trasporto			
- Altri servizi fruiti (sport terapia etc)			

4. <u>Carico assistenziale familiare</u>

Dal carico assistenziale familiare (assistenza garantita dai componenti il nucleo familiare), massimo 24 ore al giorno, dovranno essere detratte le ore di frequenza scolastica, le ore di asilo nido, le ore di scuola materna, le ore di lavoro effettuate (qualora il disabile svolga attività lavorativa), le ore di assistenza domiciliare erogate da enti pubblici (Comuni, PLUS, ASL ecc.) o presso centri diurni, le ore di ricovero in strutture pubbliche o private, colonie estive, trasporto, sport terapia.

Attività/ servizi	**N. Ore settimanali**	**N settimane/anno 2024**

5. Particolari situazioni di disagio: (barrare le caselle interessate)

☐ persone con disabilità grave che vivono sole

☐ compresenza di più persone con disabilità grave nello stesso nucleo familiare che presentano il piano personalizzato;

☐ persone con disabilità grave che vivono con soli familiari di età superiore ai 75 anni o con familiari affetti da gravi patologie da documentare con certificazione medica attestante la grave patologia;

☐ famiglie con persona con disabilità grave a carico dove è presente un solo genitore o, in assenza di genitori, un familiare convivente;

☐ presenza nel nucleo familiare di bambini di età inferiore ai tre anni.

6. Interventi programmabili

I piani personalizzati possono prevedere la realizzazione dei seguenti interventi:

☐ Servizio educativo **(sono ammessi anche i cittadini di età superiore ai 65 anni**);

☐ Assistenza personale e/o domiciliare;

☐ Accoglienza presso centri diurni autorizzati, limitatamente al pagamento della quota sociale;

☐ Soggiorno per non più di 30 giorni nell'arco di un anno presso strutture autorizzate, limitatamente al pagamento della quota sociale (Comunità Integrate, RSA);

☐ Attività sportive e/o di socializzazione **(sono ammessi anche i cittadini di età superiore ai 65 anni);**

7. Modalità di gestione del finanziamento

☐ **Gestione Diretta** (la realizzazione del Piano è gestita dal Comune di residenza del destinatario)

☐ **Gestione Indiretta** (la realizzazione del Piano è affidata alla famiglia la quale dovrà anticipare i costi che verranno rimborsati dal Comune di residenza a seguito della presentazione delle pezze giustificative).

Oristano _____

Firma

_____

PARTE SECONDA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il sottoscritto_____ nato a _____prov._____

il_____, residente a _____ in Via _____n._____

Codice fiscale_____

In qualità di

☐ Destinatario del Piano

☐ Titolare della Potestà Genitoriale/ Incaricato Della Tutela

☐ Amministratore Di Sostegno

☐ Familiare di riferimento (indicare il rapporto di parentela) _____

del benefiario:

NOME E COGNOME _____ Codice Fiscale _____

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 per i casi dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

- che la persona destinataria del piano ha percepito nell'anno 2024 i seguenti emolumenti:

TIPOLOGIA	IMPORTO ANNUALE
Pensione Invalidità civile	
Indennità di frequenza scolastica	
Indennità di accompagnamento	
Assegno sociale	
Pensioni o indennità INAIL	
Indennità /pensione di guerra o servizio	
Altri contributi da Comuni e da Azienda ASL	
Assegni mensili continuativi erogati dalla Regione per particolari categorie di cittadini: L.R. n. 27/83 – (talassemici, degli emofilici e degli emolinfopatici maligni) L.R. n. 11/85 – (nefropatici) L.R. n. 20/97 – (patologie psichiatriche) L.R. n. 9/2004 – (neoplasie maligne)	
Altro (specificare)	

Dichiara inoltre di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.10 della L. n. 675/96, i dati personali forniti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Oristano _____

Firma

_____

Mod. 1

DICHIARAZIONE A CURA DEL FAMILIARE CONVIVENTE COL DESTINARIO DEL PIANO CHE USUFRUISCE DEI PERMESSI DAL LAVORO AI SENSI DELLA L. 104/92

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____

il _____, residente a Oristano, in Via _____n._____

consapevole che in caso di false dichiarazioni si applicano le norme penali previste all'art. 76 del D.P.R. 445/2000

DICHIARA

Che nell'anno 2024 ha usufruito di nr. _____ ore di permesso L. 104/92 alla settimana per nr. _____ settimane nell'anno.

Datore di lavoro_____

Oristano_____

Firma del Dichiarante

_____

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA:

PIANI IN CORSO	NUOVI PIANI
Certificazione di Handicap Grave ai sensi della L. 104/92, art. 3 comma 3.	Certificazione di Handicap Grave ai sensi della L. 104/92, art. 3 comma 3.
Scheda Salute (**da allegare solo nel caso di aggravamento dello stato di salute**) compilata a cura del Medico di Medicina Generale o specialista dell'Ente Pubblico	Scheda Salute compilata a cura del Medico di Medicina Generale o specialista dell'Ente Pubblico
Copia certificazione ISEE 2025 (per prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria) in corso di validità e priva di omissioni/irregolarità	Copia certificazione ISEE 2025 (per prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria) in corso di validità e priva di omissioni/irregolarità
Copia del documento di identità del destinatario del piano e di chi presenta la domanda	Copia del documento di identità del destinatario del piano e di chi presenta la domanda
Eventuale copia provvedimento del Tribunale di nomina di Tutore o Amministratore di Sostegno (nel caso in cui non presentato per la predisposizione dei precedenti piani)	Eventuale copia provvedimento del Tribunale di nomina di Tutore o Amministratore di Sostegno.
Eventuale copia delle coordinate bancarie (codice IBAN (nel caso in cui non presentato per la predisposizione dei precedenti piani o modificato). **Solo nel caso in cui si scelga la gestione INDIRETTA**	Eventuale copia delle coordinate bancarie (codice IBAN (nel caso in cui non presentato per la predisposizione dei precedenti piani o modificato) **Solo nel caso in cui si scelga la gestione INDIRETTA**
Eventuale dichiarazione a cura del familiare convivente con il destinatario del Piano che usufruisce dei permessi dal lavoro ai sensi della L. 104/92 (Mod. 1)	Eventuale dichiarazione a cura del familiare convivente con il destinatario del Piano che usufruisce dei permessi dal lavoro ai sensi della L. 104/92 (Mod. 1)
Informativa al trattamento dei dati personali (Mod. 2)	Informativa al trattamento dei dati personali (Mod. 2)