



COMUNE di ORISTANO
Provincia di Oristano

Scadenza 30/11/2026

AL COMUNE DI ORISTANO
Ufficio Servizi Sociali

OGGETTO: L. 162/98 – Istanza Nuovo Piano Personalizzato di sostegno a favore di persona con handicap grave. Programma 2025 - ANNO 2026.

Il/La sottoscritto/a _____

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:

cognome e nome _____

nato a _____ il _____

C.F. _____

Residente in Oristano, Via _____ n. _____

Cell. _____ e-mail _____

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 affinché 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;
 - E' in corso la procedura di nomina del tutore/amministratore di sostegno

DICHIARA altresì quanto segue:

SCHEDA SOCIALE

1) COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE

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) ETA' DEL BENEFICIARIO : _____

3) SERVIZI PUBBLICI FRUITI SETTIMANALMENTE DALLA PERSONA CON DISABILITA' NELL'ANNO 2025

(N.B. Non dovranno essere indicati i servizi erogati con i fondi della L. n. 162/1998, né i servizi pagati privatamente ed 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. CARICO ASSISTENZIALE FAMILIARE

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 2025

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 allegando 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

- 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. MODALITA' 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).

8. DICHIARAZIONE DI PRESA VISIONE

- Dichiaro di aver preso visione della informativa sulla privacy Regolamento 679/2016/UE

Firma

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

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____

Il _____ residente a _____ in Via _____ n. _____

C.F. _____

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 2025 ha usufruito di nr. _____ ore di permesso L. 104/92 alla settimana per nr. _____ settimane nell'anno.

Datore di lavoro _____

Firma del Dichiarante

Allegati:

- Copia del Verbale di riconoscimento della condizione di disabilità grave, rilasciata ai sensi della L. 104/92, art. 3 comma 3;
- Scheda Salute compilata dal Medico di Medicina Generale o dal Pediatra di libera scelta (Allegato B);
- Scheda Sociale (Allegato A)
- Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà di cui al D.P.R. 445/2000 – Emolumenti percepiti nell'anno 2025 (Allegato D);
- Attestazione ISEE 2026 di tipo socio-sanitario (non potranno essere accolte certificazioni ISEE riportanti omissioni/irregolarità);
- Copia del documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del dichiarante e della persona destinataria del piano.
- Eventuale copia provvedimento del Tribunale di nomina di Tutore o Amministratore di Sostegno.

N.B.: LE DOMANDE DOVRANNO ESSERE COMPLETE DI TUTTA LA DOCUMENTAZIONE PRESCRITTA. QUELLE INCOMPLETE NON VERRANNO PRESE IN CONSIDERAZIONE.