

SCADENZA:

Ai Servizi Sociali del
 Comune di Palma di Montechiaro
 PEC: protocollo@comune.palmadimontechiaro.legalmail.it

Oggetto:	Richiesta attivazione/rinnovo Progetto Individuale minori/adulti non autosufficienti ex art. 14 legge 328/2000
-----------------	---

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

COGNOME		NOME	
LUOGO DI NASCITA		DATA DI NASCITA	
CODICE FISCALE			
RESIDENZA	COMUNE		PROV.
	INDIRIZZO E N. CIVICO		
DOMICILIO (se diverso dalla residenza)	COMUNE		PROV.
	INDIRIZZO E N. CIVICO		
TELEFONO (obbligatorio)		MAIL	

IN QUALITÀ DI:

- destinatario del piano personalizzato
 titolare della responsabilità genitoriale amministratore di sostegno tutore
 familiare di riferimento (specificare grado di parentela _____)

CHIEDE

che venga predisposta per l'anno _____, ATTIVAZIONE RINNOVO del piano personalizzato di sostegno in favore di persone disabili ai sensi dell'ex art.14 Legge 328/2000:

- In Suo favore

Oppure

- In favore di:

COGNOME		NOME	
LUOGO DI NASCITA		DATA DI NASCITA	
CODICE FISCALE			
RESIDENZA	COMUNE		PROV.
	INDIRIZZO E N. CIVICO		
DOMICILIO (se diverso dalla residenza)	COMUNE		PROV.
	INDIRIZZO E N. CIVICO		
TELEFONO		MAIL	

A TAL FINE CONSAPEVOLE

- delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per i casi di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi;
- che l'Amministrazione erogante potrà effettuare controlli su quanto dichiarato ai sensi dell'art. 71 del sopraccitato decreto e che provvederà alla revoca del beneficio eventualmente concesso sulla base della dichiarazione come previsto dall'art.75 del D.P.R. 445/2000

D I C H I A R A

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28.12.2000

- che il beneficiario del Piano Personalizzato è residente nel Comune di Palma di Montechiaro (*requisito obbligatorio*);
- che il beneficiario è in possesso di attestazione di disabilità in situazione di gravità L.104/92 art. 3, comma 3, rilasciata in data ___/___/_____, scadenza ___/___/_____;
- di possedere i seguenti benefici economici legati alla condizione di disabilità:

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> indennità di frequenza; |
| <input type="checkbox"/> indennità di accompagnamento; |
| <input type="checkbox"/> Patto di cura (Contributo ex art.3 del D.M.26/2016); |

- che il nucleo familiare dello stesso beneficiario risultante dall'anagrafica comunale e di cui alla certificazione ISEE è così composto:

	Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Grado di parentela
1			
2			
3			
4			
5			
6			

Si forniscono inoltre le seguenti informazioni utili alla definizione dell'importo massimo concedibile a rimborso, allorché il Piano Personalizzato preveda la fornitura del servizio di assistenza familiare:

Situazione familiare della persona con disabilità come risultante dallo stato di famiglia	<input type="checkbox"/> da solo <input type="checkbox"/> con altri familiari disabili e/o anziani <input type="checkbox"/> con un solo genitore <input type="checkbox"/> con entrambi i genitori e/o in famiglia numerosa (uguale o più di 5 membri)
Età del disabile	<input type="checkbox"/> 0- 10 compiuti <input type="checkbox"/> 11 – 17 compiuti <input type="checkbox"/> 18 – 30 compiuti <input type="checkbox"/> 31 – 60 compiuti <input type="checkbox"/> oltre i 61
Misura della capacità economico/reddituale del nucleo familiare (ISEE ristretto o ISEE sociosanitario per prestazioni non residenziali in caso di maggiorenni; ISEE ordinario negli altri casi)	<input type="checkbox"/> Fino a € 6.000,00 <input type="checkbox"/> da € 6.001,00 a € 14.000,00 <input type="checkbox"/> da € 14.001,00 a € 25.000,00 <input type="checkbox"/> da € 25.001,00 a € 40.000,00 <input type="checkbox"/> oltre € 40.001,00
Condizione abitativa della persona con disabilità	<input type="checkbox"/> in abitazione in affitto/con mutuo <input type="checkbox"/> in alloggio popolare <input type="checkbox"/> in abitazione di proprietà

Di allegare la seguente documentazione:

- **Fotocopia del verbale** attestante la condizione di portatore di handicap grave ai sensi della L. 104/92 Art.3, comma 3, con diagnosi, in corso di validità;
- **Fotocopia del verbale** attestante il riconoscimento dell'indennità di frequenza o dell'indennità di accompagnamento in corso di validità;
- **Certificazione medica**, datata e sottoscritta da specialista di struttura pubblica o privata che ha in carico il paziente, dalla quale si evincono i bisogni della persona in termini clinico-riabilitativi;
- **Fotocopia del decreto** di nomina di tutela, di curatela, di amministrazione di sostegno o altro;
- **Attestazione ISEE** valida per l'anno di riferimento;
- **Fotocopia dei documenti d'identità e tessera sanitaria** del dichiarante e del disabile beneficiario del piano.

DICHIARA INOLTRE

- di voler ricevere il rimborso eventualmente concesso mediante:
Accredito su conto corrente bancario/postale intestato al beneficiario del Piano Personalizzato o al tutore:

IBAN:																																									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- di comunicare tempestivamente all'Ufficio dei Servizi Sociali qualsiasi variazione rispetto a quanto dichiarato nel presente modulo;
- di autorizzare l'Ente all'invio delle comunicazioni ai recapiti dichiarati nella presente istanza;
- di impegnarsi ad attenersi scrupolosamente alle indicazioni fornite nel relativo avviso.

_____ li

(Luogo e data)

(Firma)

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Dichiaro di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui al Decreto Legislativo 196/2003 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.

_____ li

(Luogo e data)

(Firma)

N.B. LA DOMANDA DEVE ESSERE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE A PENA DI IRRICEVIBILITA'