

**Allegato "B"**

Servizi Sociali  
Comune di Palma di Montechiaro  
Pec:  
[protocollo@comune.palmadimontechiaro.legalmail.it](mailto:protocollo@comune.palmadimontechiaro.legalmail.it)

A.S.P. Distretto Sanitario Licata  
Via S. Maria ex Ospedale  
Licata

<b>Oggetto:</b>	<b>Richiesta attivazione/rinnovo Piano Individuale minori/adulti non autosufficienti ex art. 14 legge 328/2000.</b>
-----------------	---

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 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			

- di fornire le informazioni di seguito elencate utili per una adeguata valutazione, finalizzata alla definizione della misura del rimborso ove spettante:

<b>Situazione familiare della persona con disabilità come risultante dallo stato di famiglia</b>	<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)
<b>Età del disabile</b>	<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
<b>Misura della capacità economico/reddituale del nucleo familiare (ISEE sociosanitario per prestazioni non residenziali in caso di maggiorenni; ISEE ordinario negli altri casi)</b>	<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

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;
- Certificazione medica, datata e sottoscritta a cura del medico di medicina generale o da altro specialista di struttura pubblica che ha in carico il paziente;
- 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:

