

Allegato "B"

SCADENZA:

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

Oggetto:	Istanza per l'accesso alla realizzazione di un Piano Personalizzato ex art.14 L.328/2000 per minori e adulti non autosufficienti max 64 anni di età di cui alla Legge n.104/92 art.3, comma 3.
-----------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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:

- Potenziale destinatario del piano personalizzato
- Titolare della responsabilità genitoriale amministratore di sostegno tutore
- Familiare di riferimento (specificare grado di parentela) _____

CHIEDE

Di essere ammesso alla realizzazione di un Piano Personalizzato di sostegno ex art.14 L.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 sopracitato 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

DICHIARA

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			

- che la provvista finanziaria assegnata è da considerarsi come limite massimo fruibile in termini di servizi eventualmente accordati in sede di valutazione multidimensionale.

Si forniscono inoltre le seguenti informazioni utili per l'attribuzione di punteggio a mezzo di scheda sociale:

<p>Situazione familiare della persona con disabilità come risultante dallo stato di famiglia (la condizione lavorativa deve essere documentata)</p>	<p><input type="checkbox"/> da solo</p> <p><input type="checkbox"/> con altri familiari disabili e/o anziani > 64 anni</p> <p><input type="checkbox"/> con un solo genitore</p> <p><input type="checkbox"/> con almeno 1 genitore lavoratore</p> <p><input type="checkbox"/> con entrambi i genitori disoccupati</p>
<p>Età del disabile</p>	<p><input type="checkbox"/> 0- 10 compiuti</p> <p><input type="checkbox"/> 11 – 17 compiuti</p> <p><input type="checkbox"/> 18 – 30 compiuti</p> <p><input type="checkbox"/> 31 – 64 compiuti</p>
<p>Misura della capacità economico/reddituale del nucleo familiare (ISEE ristretto o ISEE sociosanitario in caso di maggiorenni; ISEE ordinario negli altri casi)</p>	<p><input type="checkbox"/> Fino a € 6.000,00</p> <p><input type="checkbox"/> da € 6.001,00 a € 14.000,00</p> <p><input type="checkbox"/> da € 14.001,00 a € 25.000,00</p> <p><input type="checkbox"/> da € 25.001,00 a € 40.000,00</p> <p><input type="checkbox"/> oltre € 40.001,00</p>
<p>Condizione abitativa (da documentare) della persona con disabilità</p>	<p><input type="checkbox"/> in abitazione in affitto/con mutuo</p> <p><input type="checkbox"/> in alloggio popolare</p> <p><input type="checkbox"/> in abitazione di proprietà o in comodato d'uso o usufrutto</p>

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 aggiornata**, datata e sottoscritta da specialista di struttura pubblica o privata che ha in carico il paziente;
- **Scheda salute** utilmente compilata a cura del Medico di Medicina Generale o Medico di struttura pubblica o Medico convenzionato, secondo lo schema approvato;
- **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;

