****

**COMUNE DI MARA**

**PROVINCIA DI SASSARI**

*Via Antonico, 1 - 07010 Mara*

*Tel.* *079/805068 e-mail: servizi.sociali@comune.mara.ss.it*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Al Responsabile del Servizio\_\_\_\_\_\_\_

del Comune di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RICHIESTA RIVALUTAZIONE PIANO PERSONALIZZATO ANNO 2025**

Il/la sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ domiciliat\_ a (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_

Cod. Fisc. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di:

□ destinatario/a dell'intervento;

□ familiare di riferimento (indicare il rapporto di parentela) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ incaricato della tutela;

□ titolare della potestà genitoriale;

 □ amministratore di sostegno della persona destinataria dell'intervento:

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_ domiciliat\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_

Cod. Fisc. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ posta elettronica certificata (pec) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

 la rivalutazione del piano a seguito di variazione della situazione SANITARIA attraverso la presentazione di una nuova SCHEDA SALUTE - ***SOLO IN CASO DI AGGRAVAMENTO DELLA SITUAZIONE DI SALUTE*-**

 la rivalutazione del piano a seguito di variazioni nella propria situazione SOCIALE - ***SOLO IN CASO DI VARIAZIONI DELLE SEGUENTI CONDIZIONI****:*

 PRESENZA, nel nucleo familiare del richiedente, di ulteriori componenti in condizioni di disabilità, o invalidità, o condizioni di salute gravi, non certificati nell’anno precedente.

 DIFFERENTE COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE rispetto all’anno 2024, attualmente così composto:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| COGNOME E NOME | LUOGO DI NASCITA | DATA DI NASCITA | PARENTELA |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 VARIAZIONI RISPETTO AI SEGUENTI SERVIZI FRUITI E/O ALTRE VOCI:

|  |  |
| --- | --- |
| **SERVIZIO O ALTRE VOCI** | **N. ORE/ GIORNATE ANNO 2022** |
| ASSISTENZA COMUNALE DOMICILIARE (SAD) | ORE |  |
| SET (Servizio educativo territoriale attivato dal Comune) | ORE |  |
| CURE DOMICILIARI INTEGRATE | ORE |  |
| FREQUENZA CENTRI DIURNI | ORE |  |
| RICOVERO OSPEDALIERO | GIORNI |  |
| SOGGIORNO E/O ACCOGLIENZA IN STRUTTURA PUBBLICA O PRIVATA | GIORNI |  |
| FREQUENZA CENTRI DI AGGREGAZIONE SOCIALE | ORE |  |
| FREQUENTAZIONE ATTIVITÀ SPORTIVA | ORE |  |
| ATTIVITÀ LAVORATIVA O PROGETTI DI SERVIZIO CIVILE | ORE |  |
| FREQUENZA SCOLASTICA (devono essere considerate le ore previste per la regolare frequenza decurtate dalle ore di assenza annuali) | ORE |  |
| PERMESSI DA LAVORO PER L. 104/92 | ORE |  |

**DICHIARA**

 di aver richiesto la certificazione ISEE 2025 per prestazioni socio sanitarie (ISEE ristretto) e di essere a conoscenza che in assenza di tale documento verrà applicata la riduzione dell’80% al finanziamento del progetto;

 di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione del proprio recapito telefonico indispensabile per lo svolgimento del colloquio al fine della redazione della Scheda Sociale.

Allega alla presente la seguente documentazione:

**1. NEL CASO DI VARIAZIONI DELLA SITUAZIONE SANITARIA**

 SCHEDA SALUTE (Allegato B), compilata, firmata e timbrata dal medico di medicina generale, o dal pediatra di libera scelta, o da altro medico

**2. NEL CASO DI VARIAZIONI DELLA SITUAZIONE SOCIALE**

 Altra documentazione comprovante condizioni di disabilità, o invalidità, o condizioni di salute gravi riferite a familiari appartenenti allo stesso nucleo del richiedente.

Dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs N. 196 del 30/03/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

DATA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_