****

**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 ATTIVAZIONE**

**PIANO PERSONALIZZATO di cui alla L. n.162/98**

**FINANZIAMENTI PER PIANI PERSONALIZZATI A FAVORE DI PERSONE CON GRAVE DISABILITA’**

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 PREDISPOSIZIONE DI UN NUOVO PIANO PERSONALIZZATO AI SENSI DELLA LEGGE N. 162/98**

a favore alla persona, riconosciuta dalla commissione medica in situazione di grave handicap di cui all'art. 3, comma 3 della Legge n. 104/92

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**

• Di essere residente nel comune di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

• Che all’interno del nucleo anagrafico del/della destinatario/a del piano (barrare la voce interessata):

□ sono presenti familiari che usufruiscono dei permessi dal lavoro ai sensi della L. 104/92:

□ non sono presenti familiari che usufruiscono dei permessi dal lavoro ai sensi della L. 104/92.

• Che la propria famiglia anagrafica risulta così composta:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cognome e nome** | **Luogo di nascita** | **Data di nascita** | **Relazione di parentela** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

□ Che all’interno del nucleo anagrafico del destinatario del piano sono presenti familiari in gravi e documentate condizioni di salute, come da certificati medici allegati;

• Che nei confronti del beneficiario/a del piano (barrare la voce interessata):

□ È stato nominato un tutore o amministratore di sostegno (allegare Decreto);

□ Non è stato nominato un tutore o amministratore di sostegno;

□ È in corso la procedura di nomina del tutore/amministratore di sostegno;

• Che è in possesso del seguente Codice Iban (deve essere intestato alla persona beneficiaria del Piano o cointestato con quest’ultima):

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**AVVERTENZE**

Il Comune di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_si riserva di effettuare verifiche sulle dichiarazioni rese nella presente domanda e di segnalare eventuali difformità alle autorità competenti.

Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA**

1. **Modulo richiesta/rivalutazione Piano personalizzato handicap grave L.162/98;**
2. **ISEE Socio sanitario 2025 “RISTRETTO”;**
3. **Copia certificazione della situazione di handicap grave di cui all'art. 3, comma 3 della Legge N. 104/92;**
4. **Certificazione medica attestante la condizione di gravità di salute di familiari appartenenti al nucleo del destinatario del piano;**
5. **Copia del documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del dichiarante e della persona destinataria del piano;**
6. **Copia del decreto di nomina di Amministratore di Sostegno/tutore/curatore.**
7. **Allegato B: Scheda Salute (da consegnare al Medico di Base o Pediatra o Centro medico specializzato pubblico, per la compilazione);**
8. **Allegato D: Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà di cui al DPR 445/2000.**