

OGGETTO: LEGGE 162/1998 – 2021. RICHIESTA DI PREDISPOSIZIONE DEL PIANO PERSONALIZZATO DI SOSTEGNO PER PORTATORI DI HANDICAP GRAVE AI SENSI DELLA LEGGE 104/1992.

IL/LA SOTTOSCRITT_ _____ NAT_ A _____ PROV. (____) IL ___/___/___ E
 RESIDENTE A _____ PROV. (____) IN VIA _____ N ____
 DOMICILIAT_ A _____ PROV. (____) IN VIA _____ N ____
 CODICE FISCALE _____ TEL. _____

IN QUALITÀ DI:

- DESTINATARIO DEL PIANO PERSONALIZZATO
 FAMILIARE DI RIFERIMENTO DEL DESTINATARIO DEL PIANO PERSONALIZZATO

(IN QUESTO CASO COMPILARE DI SEGUITO CON I DATI DEL DESTINATARIO DEL PIANO PERSONALIZZATO)

SIG.____ NAT_ A _____ PROV. (____) IL ___/___/___
 RESIDENTE A _____ PROV. (____) IN VIA _____ N ____
 DOMICILIAT_ A _____ PROV. (____) IN VIA _____ N ____
 CODICE FISCALE _____ TEL. _____

CHIEDE

CHE VENGA PREDISPOSTO IL PIANO PERSONALIZZATO AL FINE DI POTER ACCEDERE AI BENEFICI DI CUI ALLA LEGGE N. 162 DEL 21/05/1998.

A TALE FINE ALLEGA:

- FOTOCOPIA DEL VERBALE** ATTESTANTE LA CONDIZIONE DI PORTATORE DI HANDICAP GRAVE AI SENSI DELLA LEGGE 104/92 ART. 3 COMMA 3 **RILASCIATO ENTRO IL 31.03.2021**
- CERTIFICAZIONE ISEE 2020**
- ALLEGATO B** (SCHEDA SALUTE) IN ORIGINALE, COMPILATO, DATATO E SOTTOSCRITTO DAL MEDICO DI MEDICINA GENERALE O DA ALTRO MEDICO SPECIALISTA DI STRUTTURA PUBBLICA CHE HA IN CARICO IL PAZIENTE;
- ALLEGATO D** SOTTOSCRITTO DAL DISABILE BENEFICIARIO DEL PIANO PERSONALIZZATO.
- FOTOCOPIA DEI DOCUMENTI D'IDENTITÀ** DEL DICHIARANTE E DEL DISABILE BENEFICIARIO DEL PIANO;

DICHIARA INOLTRE:

SERVIZI FRUITI DAL DISABILE NELL'ANNO 2020	SOGGETTO EROGATORE	ORE SETTIMANALI	SETTIMANE ANNUALI
Inserimento Socio lavorativo			
Asilo Nido			
Fisioterapia			
Assistenza domiciliare erogata da enti pubblici			
ADI			
Frequenza centri diurni pubblici			
Ricovero/Soggiorno in struttura pubblica o privata superiore ai 30 giorni			
Frequenza centri di aggregazione comunali			
Altri servizi (sport terapia, ecc...)			

CARICO ASSISTENZIALE NELL'ANNO 2020	SOGGETTO EROGATORE	ORE SETTIMANALI	SETTIMANE ANNUALI
Lavoro			
Asilo Nido			
Frequenza scolastica			
Scuola materna			
Frequenza corsi formazione			
Fisioterapia			
Frequenza Centri Diurni			
Frequenza centri di aggregazione			
Permessi l. 104 art. 3 co 3			
Ricovero/soggiorno in struttura pubblica o privata superiori ai 30 giorni			
Altro			

N.B. NON DEVONO ESSERE INSERITI I SERVIZI FRUITI CON I BENEFICI DELLA L.162/98

Lo scrivente dichiara di essere informato, ai sensi del Regolamento U.E. n. 679/2016 (G.D.P.R.) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa per cui presta il suo consenso al trattamento dei dati personali e sensibili necessari per lo svolgimento della pratica.

MARA, _____

Firma _____