

**MODULO DI DOMANDA PER PREDISPOSIZIONE PIANO PERSONALIZZATO
DI SOSTEGNO AI SENSI DELLA LEGGE N. 162/98 - GESTIONE 2020**

Al Responsabile
dell'Ufficio di Servizio Sociale
del Comune di Villaurbana

Il/la sottoscritto/a..... nato/a a.....il.....
residente a..... in via..... n°..... tel.....
Codice Fiscale _____ domiciliato/a (se diverso dalla residenza) :
Luogo _____ via _____ n° _____ ,
E-mail _____,

in qualità di destinatario del piano personalizzato di sostegno ai sensi della L. 162/98 oppure

- ☐ familiare (specificare la relazione di parentela) _____ ;
☐ incaricato della tutela o amministratore di sostegno _____ ;
☐ titolare della responsabilità genitoriale

della persona destinataria del piano personalizzato

CHIEDE

Che venga predisposto il **rinnovo** del piano personalizzato di sostegno ai sensi della L. 162/98 gestione 2020 in favore di persone con disabilità grave di cui all'art. 3 comma 3 della L. n. 104/92

- ☐ In suo favore
- ☐ In favore del/la Sig./ra _____ nato/a _____
il _____ residente a Villaurbana in via _____
n° _____ tel./cell. _____ , Codice Fiscale _____ ,
domiciliato/a (se diverso dalla residenza):Luogo _____
via _____ n° _____ ,

DICHIARA

Di essere consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n° 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti;

Di essere stato informato sul trattamento dei dati ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo (UE) 2016/679 e di essere a conoscenza che, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 i dati personali raccolti, compresi quelli sensibili, saranno trattati anche con strumenti informatici e telematici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e nel rispetto di quanto stabilito dal succitato Regolamento UE e nel D.Lgs. n. 196/2003 ;

Di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali e dei dati sensibili;
Di scegliere la modalità di gestione del piano personalizzato *

☐ DIRETTA ☐ INDIRETTA

Di impegnarsi a produrre la documentazione mancante, sotto specificata:

..... entro il 25.03.2020.

Allega alla presente domanda:

- ☐ Certificazione attestante il riconoscimento della condizione di handicap grave di cui all'art. 3, comma 3 della L.104/92;
- ☐ Attestazione ISEE 2020 (ISEE per Prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria);
- ☐ Allegato B (scheda salute) , **ove necessario**, compilato e firmato dal medico di medicina generale o pediatra di libera scelta e/o altro medico della struttura pubblica o medico convenzionato che ha in cura la persona con disabilità **oppure** dichiarazione di autorizzazione all'utilizzo della scheda salute dell'anno/degli anni precedente/i;
- ☐ Allegato C (scheda sociale) la cui compilazione compete all'Assistente Sociale in collaborazione con il destinatario del piano o altro incaricato della tutela o titolare della responsabilità genitoriale o amministratore di sostegno, firmato anche dal Dirigente /Responsabile delle Politiche Sociali del Comune . Il destinatario del piano o altro incaricato della tutela o titolare della responsabilità genitoriale o amministratore di sostegno dovrà compilare e firmare anche la relativa dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà di cui all'allegato C;
- ☐ Allegato D (dichiarazione sostitutiva dell' atto di notorietà) compilato e firmato dal destinatario del piano o dall'incaricato della tutela o titolare della responsabilità genitoriale o amministratore di sostegno;
- ☐ Copia del documento di riconoscimento del destinatario del piano e del richiedente se persona diversa dal destinatario del piano;
- ☐ Copia del provvedimento del Tribunale di nomina di tutore o amministratore di sostegno;
- ☐ Consenso al trattamento dei dati personali;
- ☐ Copia codice IBAN per rimborsi intestato a : _____;
- ☐ Delega alla riscossione rilasciata ai sensi di legge (allegata alla presente) a favore di: _____;
- ☐ Dichiarazione per eventuale fruizione permessi L.104/92 ;
- ☐ Nel caso di presenza all'interno del nucleo familiare del disabile di familiari affetti da gravi patologie, recente ed esaustiva certificazione medica attestante che il familiare è affetto da grave patologia;

*** La realizzazione dei piani personalizzati, può essere gestita sia in forma diretta, attraverso operatori di Cooperative / Associazioni/ Consorzi di Cooperative incaricati dal Comune, sia in forma indiretta (la realizzazione del piano è affidata alla famiglia) attraverso operatori/cooperative/associazioni operanti nel settore individuati dal titolare del finanziamento.**

Villaurbana, lì _____

Firma _____