

**Oggetto: Richiesta predisposizione Piano Personalizzato di sostegno a favore di persona con handicap grave ex Legge n°162/1998 – Programma R.A.S. 2012.**

Il sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_,  
recapito telefonico: casa \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera ( art. 75 D.P.R. 445/2000).

E' informato ed autorizza la raccolta dei dati per l'emanazione del provvedimento amministrativo ai sensi dell' art. 10 della L. 675/96.

**CHIEDE**

In qualità di:

- Destinatario del Piano Personalizzato
- Incaricato della tutela
- Titolare della potestà genitoriale
- Amministratore di sostegno della persona destinataria del Piano
- Familiare di riferimento

\_\_\_\_\_,  
(Grado di parentela) (Cognome) (Nome)

nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_), in Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_,  
N° Telefono \_\_\_\_\_ N° Cod. Fiscale \_\_\_\_\_

**La predisposizione di un Piano Personalizzato di cui alla L.162/1998 da attuarsi nell'anno l'anno 2013, secondo i criteri e le modalità di cui alla normativa vigente, per l'attivazione del/degli intervento/i di:**

- Servizio educativo (solo per infraseessantacinquenni)
- Assistenza personale o domiciliare
- soggiorno per non più di 30 giorni nell'arco di un anno presso strutture autorizzate ai sensi dell'art. 40 della L.R. 23/2005 o presso residenze sanitarie assistenziali autorizzate, limitatamente al pagamento della quota sociale
- accoglienza presso centri diurni autorizzati ai sensi dell'articolo 40 della L.R. 23/2005 e presso centri diurni integrati di cui al D.P.R. 14.01.1997 e alle deliberazioni della Giunta regionale in materia di residenze sanitarie assistenziali e di centri diurni integrati, limitatamente al pagamento della quota sociale

attività sportive e/o di socializzazione (solo per infraseessantacinquenni).

(SPECIFICARE \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_).

A tal fine **DICHIARA:**

che il destinatario del Piano Personalizzato ex Legge n°162/1998:

- di essere materialmente in possesso, alla data del 31/12/2012 della certificazione di cui all'art. 3 comma 3 della legge 104/92 – riconoscimento dello stato di handicap grave;
- che il finanziamento richiesto verrà utilizzato per le finalità di cui alla Legge n°162/1998 e che l'intervento da realizzarsi garantirà servizi nell'arco temporale stabilito dalla R.A.S.;
- che per l'anno 2011 il reddito (ISEE) é pari a € \_\_\_\_\_; si allega copia della certificazione ISEE in corso di validità, rilasciata da CAF autorizzato.

### ALLEGA

- Copia della certificazione attestante la condizione di handicap grave di cui **Legge 104/92 art. 3, comma 3 - DEFINITIVA**  SI  NO
- Copia della dichiarazione della competente Commissione che ha visitato la persona con disabilità in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ attestante il riconoscimento dello stato di handicap grave di cui all'art. 3 comma 3 della L. n° 104/92 rilasciata in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ di cui si allega copia;
- Certificazione ISEE del solo disabile, completa di dichiarazione sostitutiva unica riferita ai redditi dell'anno 2011;
- Copia del documento d'identità personale in corso di validità del richiedente;
- Allegato B "Scheda Salute"
- Allegato D (Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà)
- Allegato F ( modulo per la scelta del metodi di pagamento)

SEULO, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Spazio riservato all'Ufficio Servizi Sociali:

VISTO DI REGOLARITA' DELLA DOCUMENTAZIONE PRESENTATA

Data \_\_\_\_\_ OPERATORE SOCIALE \_\_\_\_\_