## 

COMUNE DI PATTADA

PROVINCIA DI SASSARI

SETTORE SERVIZI SOCIALI

## ALL’UFFICIO SERVIZI SOCIALI

# DEL COMUNE DI PATTADA

**OGGETTO**: L. 162/98 - **RINNOVO E RIVALUTAZIONE** Piani personalizzati in favore di persone con disabilità grave ai sensi dell’art. 3, comma 3 della legge 104/92. Decorrenza 01.05.2025

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prov. \_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Codice fiscale:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

in qualità di (barrare la voce che interessa)

 **destinatario del piano**  **genitore**  **figlio/figlia**  **tutore**

oppure in qualità di:

 **incaricato/a della tutela**  **titolare della potestà genitoriale**  **amministratore di sostegno**

 altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della persona destinataria del piano

**CHIEDE**

**IL RINNOVO** del piano personalizzato ai sensi della L. n. 162/98, da realizzarsi nell’anno 2025:

 in suo favore

 in favore del/la Sig./ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

prov. \_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a Pattada Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Riconosciuto disabile grave ai sensi dell’art.3, comma 3, della L.104/92 e già beneficiario del Piani Personalizzato di cui alla L. 162/98 nel corso dell’anno 2024.

A tal fine, ai sensi dell’ art. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 dello stesso DPR 445/2000.

 Che il CODICE IBAN sul quale accreditare il finanziamento è il seguente:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 di essere a conoscenza che sui dati dichiarati ai sensi dell’art. 71 del D.P.R. n. 445 del 2000;

nel caso di erogazione di una prestazione sociale agevolata, potranno essere eseguiti controlli, diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite ed effettuati, da parte della Guardia di Finanza presso gli istituti di credito e gli altri intermediari finanziari che gestiscono il patrimonio mobiliare, ai sensi dell’art 4, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, e 6, comma 3, del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 7 maggio 1999, n. 221, e successive modificazioni; potranno essere effettuati controlli sulla veridicità della situazione familiare dichiarata e confronti dei dati reddituali e patrimoniali con i dati in possesso del sistema informativo del Ministero della Finanze

A tal fine allega alla presente:

 Copia rinnovo contratto di lavoro (lettera di assunzione) stipulato con:

 Cooperativa Sociale

 Educatore Professionale

 Assistente familiare

 altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (barrare la voce che interessa);

 Copia denuncia INPS;

 Dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà con indicazione dei redditi esenti IRPEF percepiti nell’anno 2024 (Allegato D - RAS;);

 Scheda di salute (Allegato B - RAS) debitamente compilata e sottoscritta a cura del medico di Medicina Generale, da un Pediatra di Libera scelta o da altro Medico di struttura pubblica o convenzionato che ha in cura la persona con disabilità (in caso di aggravamento della situazione sanitaria);

 Fotocopia documento d’identità in corso di validità del destinatario del piano e del richiedente.

Ai fini del riconoscimento del punteggio per particolari situazioni di disagio si allegano i seguenti documenti: (barrare le voci che interessano):

 certificazione medica recente ed esaustiva attestante che all’interno del nucleo familiare del disabile siano presenti familiari affetti da gravi patologie;

 Dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà dalla quale risulti l’eventuale fruizione, da parte di una o più familiari del disabile, di permessi lavorativi retribuiti ai sensi della Legge 104/92, con la specificazione del soggetto erogatore (datore di lavoro), delle ore settimanali e del numero delle settimane annuali fruite.

Si impegna, in sede di colloquio fissato dall’Operatore Sociale a collaborare con lo stesso nella compilazione della scheda sociale (Allegato C - RAS ) e a rilasciare la Dichiarazione sostitutiva RAS dell’atto di notorietà acclusa all’Allegato C) attestante la veridicità delle informazioni riportate nella Scheda Sociale.

Dichiara di presentare a corredo della presente istanza, entro e non oltre il 29/02/2025 (pena la decadenza dai benefici) l’attestazione ISEE 2025 rilasciata ai sensi delle modifiche apportate al DPCM n.159/2013 introdotte dalla Legge n. 89 del 26 maggio 2016 art. 2 sexies.

Pattada, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_