



Il presente modulo di domanda deve essere debitamente compilato in ogni sua parte, sottoscritto e corredato di tutta la documentazione sotto elencata.

La mancata compilazione, anche parziale, del modulo o la mancata presentazione anche di uno solo dei documenti richiesti comporterà la mancata attribuzione del punteggio o l'esclusione della domanda.

LE DOMANDE, corredate di tutta la documentazione richiesta, DEVONO ESSERE PRESENTATE ENTRO E NON OLTRE IL GIORNO 30/03/2021 con le seguenti modalità:

- Ⓔ all'Ufficio Protocollo del Comune di Benetutti, consegna a mano o per posta al seguente indirizzo:
C.so F. Cocco – Ortu n. 76, 07010 in busta chiusa e recante la dicitura “Contiene domanda Progetto L. n. 162/98 – Gestione 2021”;
- Ⓔ tramite mail al seguente indirizzo: sociale@pec.comune.benetutti.ss.it ;

L'Amministrazione non si assume responsabilità per il ritardato o mancato recapito dovuto a disguidi del servizio postale.

N.B. Le domande pervenute con qualsivoglia mezzo oltre il suddetto termine non verranno ammesse.



All'Assistente Sociale

OGGETTO: Richiesta RINNOVO con o senza RIVALUTAZIONE L. n. 162/98
- Piano personalizzato in favore di persone con disabilità grave
ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/92. **IN ESSERE AL
31 Dicembre 2020.**

Il/La Sottoscritto/a:

COGNOME _____

NOME _____

NATO a _____ (Prov. _____)

IL _____ RESIDENTE a _____

VIA/C.so _____ n. _____

C.F.

TEL./CELL. _____

in qualità di

- ☐ Destinatario del piano
- ☐ Tutore*
- ☐ Curatore*
- ☐ Amministratore di sostegno*
- ☐ Titolare della potestà genitoriale
- ☐ Familiare di riferimento (Specificare) _____ o persona delegata, **in possesso di delega formale da parte del destinatario da allegare alla domanda (All. A)**

***(allegare copia del decreto in corso di validità)**

Del ☐ Minore ☐ Adulto ☐ Anziano destinatario dell'intervento.

CHIEDE

IL RINNOVO

☐ **senza rivalutazione** della scheda salute

☐ **con rivalutazione** della scheda salute

del piano personalizzato ai sensi della L. n. 162/98, da realizzarsi nell'anno 2021

☐ in suo favore

Ufficio Servizi Sociali

C.so F. Cocco – Ortu n. 76
Tel. 079.79.79.008

e-mail sociale@comune.benetutti.ss.it P.E.C. sociale@pec.comune.benetutti.ss.it



☐ a favore di

COGNOME _____

NOME _____

nato/a a _____ il _____ e residente a Benetutti in
via/C.so _____ n. _____

cell./tel. _____

C.F.

già beneficiario del Piano Personalizzato di cui alla L. 162/98 nel corso dell'anno 2020,
secondo i criteri e le modalità di cui alla normativa vigente.

**Ai sensi dell'art. 46 del D.P.R 445/2000, consapevole delle sanzioni penali
previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e
dichiarazioni mendaci ivi indicate, sotto la propria responsabilità**

DICHIARA

Di disporre della certificazione di disabilità, di cui all'art. 3 comma 3 della L. 104/1992 **in
corso di validità;**

di scegliere la **modalità di gestione** ☐ **DIRETTA¹** ☐ **INDIRETTA¹**;

1 Per **assistenza diretta** s'intende quella erogata dal Comune attraverso uno dei soggetti accreditati, mentre per **assistenza indiretta** s'intende quella gestita dal titolare del contributo, tramite assunzione dell'operatore assistenziale o incarico a cooperativa o altro soggetto previsto

☐ che la famiglia anagrafica del destinatario risulta così composta:

| Cognome – Nome | Luogo e data di nascita | Professione | Rapporto di parentela con il destinatario |
|----------------|-------------------------|-------------|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

☐ che l'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE 2021) è pari a € _____



☐ che all'interno del nucleo anagrafico del destinatario ☐ **sono presenti** oppure **non sono presenti** (barrare la voce che interessa) familiari che usufruiscono dei permessi dal lavoro ai sensi della Legge 104/92.

☐ che all'interno della famiglia anagrafica sono presenti familiari in gravi e documentate condizioni di salute, come da certificazione medico specialistica aggiornata allegata alla presente.

☐ che il CODICE IBAN sul quale accreditare il finanziamento è il seguente:

| Paese | Cin Eur | Cin | ABI | CAB | Numero Conto Corrente |
|-------|---------|-----|-----|-----|-----------------------|
| | | | | | |

A tal fine allega alla presente i seguenti documenti:

- ☐ **Copia rinnovo contratto di lavoro** (lettera di assunzione) stipulato con
 - ☐ Cooperativa Sociale
 - ☐ Educatore Professionale/altro professionista _____ (indicare)
 - ☐ Assistente familiare
 - ☐ altro _____ (barrare la voce che interessa);
- ☐ **Copia denuncia INPS;**
- ☐ **Allegato A** – Delega del destinatario per la presentazione della domanda e per la predisposizione del piano personalizzato.
- ☐ **Allegato D** – Emolumenti percepiti (indicazione dei redditi esenti IRPEF percepiti nell'anno 2020).
- ☐ Fotocopia **tessera sanitaria** del destinatario del piano;
- ☐ **Certificazione I.S.E.E.** in corso di validità, **DSU + Attestazione** (la tipologia di ISEE da presentare è quello previsto per le "Prestazioni socio – sanitarie" ai sensi del disposto normativo di cui alla L. n. 89 del 26 maggio 2016 art. 2 sexies e del Decreto interministeriale n. 146 del 01/06/2016), rilasciato da un Centro di Assistenza Fiscale competente;
- ☐ Fotocopia di un documento di identità, in corso di validità, del destinatario del piano e del richiedente;
- ☐ Fotocopia della documentazione attestante l'eventuale nomina di tutore o di amministratore di sostegno (nel caso in cui ricorra la condizione);

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 sono presenti familiari affetti da gravi patologie (nel caso in cui ricorra la condizione);
- ☐ Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà – **Allegato H** - dalla quale risulti l'eventuale fruizione, da parte di uno o più familiari del disabile, di permessi lavorativi retribuiti ai sensi della Legge 104/92, con la specificazione del soggetto erogatore (datore di lavoro), e delle ore settimanali e annuali fruite;



IN CASO DI RIVALUTAZIONE:

- ☐ **Scheda Salute - Allegato B** - allegata al presente modulo, compilata e firmata 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. Gli eventuali costi sono a carico del richiedente
- ☐ **Allegato E**, compilato dal Medico di Medicina Generale o dal Medico Pediatra, attestante che l'handicap grave del destinatario è congenito o insorto entro i 35 anni per patologia acquisita;
- ☐ di essere a conoscenza che l'inosservanza dei termini d'integrazione della documentazione mancante comporta l'esclusione dalla predisposizione del progetto.

Si impegna, in sede di colloquio fissato dall'Assistente Sociale a collaborare con la stessa 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.

Data _____

Il Richiedente



Informativa effettuata ai sensi dell'art. 13 Regolamento (U.E.) 2016/679 (R.G.D.P.)

Il Comune di BENETUTTI, con sede in BENETUTTI C.so F. Cocco – Ortu n. 76 - 07010 email: protocollo@comune.benetutti.ss.it , pec: protocollo@pec.comune.benetutti.ss.it , tel: 0797979000, nella sua qualità di **Titolare del trattamento dei dati**, tratterà i dati personali conferiti con la presente modulistica, sia su supporto cartaceo sia con modalità informatiche e telematiche, **esclusivamente al fine di espletare le attività di erogazione dei servizi richiesti, nell'esecuzione dei compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei pubblici poteri propri dell'Ente**, nel rispetto dei principi di cui al Regolamento UE 2016/679.

La informiamo che il trattamento dei Suoi dati personali avverrà secondo modalità idonee a garantire sicurezza e riservatezza e sarà effettuato utilizzando supporti cartacei, informatici e/o telematici per lo svolgimento delle attività dell'Amministrazione.

Il trattamento dei dati è improntato ai principi di liceità, correttezza e trasparenza e, in conformità al principio di cd "minimizzazione dei dati", i dati richiesti sono adeguati, pertinenti e limitati rispetto alle finalità per le quali sono trattati.

In particolare, i dati sono raccolti e registrati unicamente per gli scopi sopraindicati e saranno tutelate la Sua dignità e la Sua riservatezza.

Il conferimento dei dati di cui alla presente modulistica è facoltativo, ma un eventuale rifiuto di fornirli comporterà l'impossibilità per l'Amministrazione di utilizzare i dati per le finalità indicate, con la conseguenza che non sarà possibile l'erogazione dei servizi richiesti.

IN ALTERNATIVA

Il conferimento dei dati di cui alla presente modulistica è obbligatorio ed il loro mancato inserimento comporterà l'applicazione delle disposizioni sanzionatorie espressamente previste dalla vigente normativa.

I dati raccolti con la presente domanda potranno essere comunicati, se previsto da norma di legge o di regolamento, ad altri soggetti pubblici espressamente individuati e/o diffusi, laddove obbligatorio, a seguito di pubblicazione all'Albo Pretorio On line (ai sensi dell'art. 32, L. 69/2009) ovvero nella Sezione del sito istituzionale dell'Ente denominata "Amministrazione Trasparente" (ai sensi del D. Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii).

Gli stessi dati potranno formare oggetto di istanza di accesso documentale ai sensi e nei limiti di cui agli artt. 22 e ss. L. 241/90, ovvero potranno formare oggetto di richiesta di accesso civico "generalizzato", ai sensi dall'art. 5, comma 2, e dall'art. 5 bis, D. Lgs. 33/2013.

I dati conferiti, saranno trattati dall'Amministrazione per il periodo necessario allo svolgimento dell'attività amministrativa correlata e conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

I dati saranno trattati esclusivamente dal personale, da collaboratori dell'Ente ovvero da soggetti esterni espressamente nominati come Responsabili del trattamento dal Titolare.

Al di fuori delle ipotesi sopra richiamate, i dati non saranno comunicati a terzi né diffusi.

Gli interessati hanno il diritto di chiedere al Titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento, ai sensi degli artt. 15 e ss. RGDP.

Apposita istanza è presentata al Responsabile della Protezione dei dati dell'Ente (ex art. 38, paragrafo 4, RGDP), individuato nella **SIPAL srl, con sede a Cagliari nella Via San Benedetto, 60 – Tel: 070/42835 – email: dpo@sipal.sardegna.it – pec: sipalpostacertificata@pec.sipal.sardegna.it**

Dichiaro di aver ricevuto tutte le informazioni di cui all'art. 13 RGDP in relazione ai dati contenuti nell'allegata modulistica.

L'interessato al trattamento dei dati

..... (Firma per esteso)