

**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 29.03.2024 con le seguenti modalità:

- All'ufficio Protocollo del Comune in busta chiusa e recante la seguente dicitura: "Domanda Piano Personalizzato L.n. 162/98- Gestione 2024" indicando a seconda della condizione:
  - Richiesta **PRIMA ATTIVAZIONE** o Richiesta **RINNOVO (CON O SENZA) RIVALUTAZIONE**
- tramite mail al seguente indirizzo: [sociale@comune.benetutti.ss.it](mailto:sociale@comune.benetutti.ss.it) o [sociale@pec.comune.benetutti.ss.it](mailto:sociale@pec.comune.benetutti.ss.it) recante il seguente oggetto: "Domanda Piano Personalizzato L.n. 162/98- Gestione 2024" indicando a seconda della condizione:
  - Richiesta **PRIMA ATTIVAZIONE** o Richiesta **RINNOVO (CON O SENZA) RIVALUTAZIONE**

**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 PRIMA ATTIVAZIONE L. n. 162/98 - Piano personalizzato in favore di persone con disabilità grave ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/92. **Periodo 1° Maggio – 31 Dicembre 2024**

**Il/La Sottoscritto/a:**

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

NATA a \_\_\_\_\_ (Prov. SS)

IL \_\_\_\_\_ RESIDENTE a BENETUTTI

VIA/C.so \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

TEL./CELL. (**Obbligatorio**) \_\_\_\_\_

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)
  - in possesso di delega formale da parte di tutti i familiari**, nel caso quest'ultimo non fosse in grado di delegare, da allegare alla domanda (All. A)

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

Del  Minore  Adulto  Anziano destinatario dell'intervento.

**CHIEDE**

la predisposizione del Piano Personalizzato ai sensi della Legge n. 162/1998 per l'anno 2024 **(dal 01.05.2024 al 31.12.2024),**

a proprio favore

a favore di

COGNOME \_\_\_\_\_

2/8



NOME \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a Benetutti in

via/C.so \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

secondo i criteri e le modalità di cui alla normativa vigente, per l'attivazione del seguente intervento di:

- Servizio educativo (solo per infrasesantacinquenni).
- Assistenza personale e/o Domiciliare.
- Accoglienza presso centri diurni autorizzati ai sensi della ex L.R. 4/88, art. 41 e presso centri diurni integrati di cui al D.P.R. 14.01.1997 e alle Delibere della Giunta Regionale in materia di residenze sanitarie assistenziali e di centri diurni integrati, limitatamente al pagamento della quota sociale (solo per infrasesantacinquenni).
- Soggiorno per non più di 30 giorni nell'arco di un anno presso strutture autorizzate ai sensi dell'art. 41 della ex L.R. n. 4/88 o presso residenze sanitarie assistenziali autorizzate, limitatamente al pagamento della quota sociale.
- Attività sportive e/o di socializzazione (solo per infrasesantacinquenni)- Specificare:

### DICHIARA

- di scegliere la **modalità di gestione**  **DIRETTA**  **INDIRETTA**;
- che il destinatario del piano è in possesso della **certificazione** di handicap grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, della **Legge 104/1992** o di aver effettuato la visita medica presso la commissione sanitaria competente entro la data del 31 marzo 2023;
- di essere a conoscenza che l'inosservanza dei termini d'integrazione della documentazione mancante comporta l'esclusione dalla predisposizione del progetto;
- di essere informato che il trattamento dei dati personali forniti avviene nel rispetto di quanto sancito dall'art. 13 del D. Lgs. 30 giugno 2007 N. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del Regolamento n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio (Regolamento GDPR);

Luogo e data BENETUTTI, \_\_\_\_\_

Il Richiedente

\_\_\_\_\_

**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.

**Il/La sottoscritto/a** \_\_\_\_\_

richiedente la predisposizione del progetto personalizzato a favore di \_\_\_\_\_, come da delega allegata,

**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**  
**(barrare la voce che interessa)**

- che il destinatario del piano è in possesso della **certificazione** di handicap grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, della **Legge 104/92**.
- di aver effettuato la visita medica presso la commissione sanitaria competente entro la data del 31/03/2023;
- che la famiglia **anagrafica** del destinatario risulta così composta:

<b>Cognome - Nome</b>	<b>Luogo e data di nascita</b>	<b>Professione</b>	<b>Rapporto di parentela con il destinatario</b>

- che l'indicatore della situazione economica equivalente (**ISEE 2024**) è pari a € \_\_\_\_\_
- che all'interno del nucleo anagrafico del destinatario
  - sono presenti** \_\_\_\_\_ oppure
  - non sono presenti** \_\_\_\_\_
 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. 4/8



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

Paese	Cin Eur	Cin	ABI	CAB	Numero Conto Corrente

**Intestato a :** \_\_\_\_\_

**Che il destinatario del piano nell'anno 2023**

**Non ha usufruito** dei servizi sottoelencati

**Ha usufruito** dei seguenti servizi:

SERVIZIO FRUITO	SOGGETTO EROGATORE	N. ORE SETTIMANALI	N. SETTIMANE ANNUALI
Inserimento socio lavorativo, servizio civile			
Asilo nido			
Fisioterapia			
Assistenza domiciliare erogata da enti pubblici o da associazioni regolarmente convenzionate			
Assistenza domiciliare integrata			
Frequenza centri diurni (ANFFAS, Alzheimer, ecc.)			
Ricovero, soggiorno e/o accoglienza in struttura pubblica o privata			
Frequenza Centri di aggregazione sociale comunali			
Trasporto			
Altri servizi fruiti (sport terapia, ecc.)			

**che il destinatario del piano nell'anno 2023 ha usufruito dei seguenti servizi:**

CARICO ASSISTENZIALE	SOGGETTO EROGATORE	N. ORE SETTIMANALI	N. SETTIMANE ANNUALI
Lavoro			
Frequenza scolastica			
Asilo nido			
Scuola materna			
Corsi di formazione			
Fisioterapia			
Assistenza domiciliare erogata da enti pubblici o da associazioni regolarmente convenzionate			
Assistenza domiciliare integrata			
Frequenza centri diurni (ANFFAS, Alzheimer, ecc.)			
Permesso dal lavoro per L. 104/92, art. 33 comma 3			
Ricovero, soggiorno e/o accoglienza in struttura pubblica o privata			
Frequenza Centri di aggregazione sociale comunali			
Trasporto			5/8

Altri servizi fruiti (sport terapia, ecc.)			
--	--	--	--

di impegnarsi, in sede di colloquio o visita domiciliare fissata 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.

**Di essere a conoscenza che:**

- Ⓢ l'inosservanza dei termini d'integrazione della documentazione mancante comporta l'esclusione dalla predisposizione del progetto.
- Ⓢ la **mancata presentazione dell'ISEE 2024 comporterà la decurtazione del finanziamento dell'80%.**

**A tal fine allega:**

- Allegato A** – Delega del destinatario per la presentazione della domanda e per la predisposizione del piano personalizzato
- 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);
- Fotocopia conforme all'originale della **Certificazione di handicap grave**, ai sensi dell'**art. 3, comma 3, della Legge 104/92**;
- 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
- 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;
- Allegato D** – Emolumenti percepiti (indicazione dei redditi esenti IRPEF percepiti nell'anno 2022).

Nel caso di genitori separati o divorziati, qualora uno dei due abbia l'affidamento esclusivo del minore, è necessario produrre autocertificazione da cui risulti l'affidamento esclusivo; qualora invece si tratti di affidamento congiunto, il genitore richiedente dovrà essere delegato per la presentazione, predisposizione e gestione del piano da parte dell'altro genitore.

**Ai fini del riconoscimento del punteggio spettante si allegano i seguenti documenti (barrare le voci che interessano):**

- 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;
- 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 <sup>6/8</sup>

della Legge 104/92, con la specificazione del soggetto erogatore (datore di lavoro), e delle ore settimanali e annuali fruited;

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**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](mailto:protocollo@comune.benetutti.ss.it), pec: [protocollo@pec.comune.benetutti.ss.it](mailto: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](mailto:dpo@sipal.sardegna.it) – pec: [sipalpostacertificata@pec.sipal.sardegna.it](mailto: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)



COMUNE DI BENETUTTI

Provincia di Sassari

*MODULO DI DOMANDA L. 21 MAGGIO 1998, n.162 - GESTIONE 2024*