



# COMUNE DI BARUMINI

Provincia del Sud Sardegna



Viale San Francesco 5 – c.a.p. 09021 – Barumini – tel. 070/9368024 – fax 070/9368033 – Email [s.socialebarumini@tiscali.it](mailto:s.socialebarumini@tiscali.it)

## ISTANZA PER RINNOVO/ATTIVAZIONE DI UN PIANO PERSONALIZZATO AI SENSI DELLA LEGGE 162/98 GESTIONE 2023 - (Dal 01/05/2023 al 31/12/2023)

Protocollo

COMUNE DI BARUMINI  
UFFICIO DI SERVIZIO SOCIALE

RINNOVO 2023 (già beneficiario nel 2022)

NUOVO PIANO

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

### CHIEDE

Di poter accedere al finanziamento L.162/98:

per sé stesso;

in favore del/la Sig./ra \_\_\_\_\_ (in qualità di  genitore,   
tutore/ AdS,  altro \_\_\_\_\_) nato/ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ residente in Barumini in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
recapito telefonico (obbligatorio): \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 75 del citato D.P.R. n. 445/2000, qualora dal controllo delle dichiarazioni ne emerga la non veridicità, **DICHIARA**:

- Che il nucleo familiare **del beneficiario** è così composto:

Nome e Cognome	Luogo e data di nascita	Parentela

- Che il reddito ISEE 2023 del BENEFICIARIO è € \_\_\_\_\_

Redditi del beneficiario non indicati nell'ISEE

Tipologia di reddito (es. invalidità civile, assegni sociali etc.)	Importo annuo

Servizi fruiti dal beneficiario **oltre** il piano Legge 162/98 (es. ADI, frequenza centri diurni, lavoro, ricoveri, fisioterapia, servizi scolastici per i minori, assistenza domiciliare etc...)

Tipo servizio	Soggetto erogatore (es. ASL)	Ore settimanali	Settimane all'anno

Il beneficiario è assistito da un parente che beneficia dei **permessi garantiti dalla Legge 104/92?**

**Se si indicare:**

Nome e Cognome di chi presta l'assistenza utilizzando le ore di permesso della L. 104/92	Ore settimanali di permesso	Settimane annuali	Soggetto erogatore

**Modalità di comunicazione relative al procedimento (barrare l'opzione):**

( ) e-mail \_\_\_\_\_ ( ) PEC \_\_\_\_\_

( ) lettera A/R indicare indirizzo \_\_\_\_\_

**Modalità di erogazione del contributo economico (barrare l'opzione)**

( ) Pagamento diretto al beneficiario allo sportello bancario

( ) Delega per pagamento diretto allo sportello bancario a (nome e cognome) \_\_\_\_\_ (luogo e data nascita) \_\_\_\_\_ (Codice fiscale) \_\_\_\_\_

( ) Pagamento su c/c codice IBAN \_\_\_\_\_

Intestato a \_\_\_\_\_

**Il conto deve essere almeno cointestato al beneficiario; in caso contrario rivolgersi all'Assistente Sociale.**

Barumini, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

(Firma)

Il sottoscritto:

- è consapevole del fatto che l'Amministrazione provvederà con ogni mezzo a sua disposizione, secondo i limiti di legge, alla verifica delle dichiarazioni rilasciate con la compilazione del presente modulo e di quelle che saranno rilasciate durante la fase di istruttoria della pratica inerente;
- è a conoscenza che i dati personali e sensibili qui forniti sono trattati esclusivamente ai fini dell'istruttoria della presente domanda, ai sensi del Regolamento Europeo 679/2016 e del D.Lgs.vo 196/2003, e dichiara di aver preso visione dell'informativa;
- è consapevole che tutte le comunicazioni relative al procedimento saranno rese note sui canali comunicativi istituzionali dell'ente e inviate ai recapiti e-mail/PEC/lettera AR indicati nella presente istanza;
- autorizza il trattamento dei dati personali da parte dell'Ufficio Servizi Sociali del Comune di Gesturi esclusivamente nell'ambito del procedimento connesso alla pratica della Legge 162/98.

Barumini, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

(Firma)

Si allegano obbligatoriamente:

- Fotocopia del documento di identità del beneficiario e del richiedente in corso di validità;
- Copia del decreto di nomina del tutore/AdS;
- Fotocopia della certificazione di handicap grave ai sensi dell'art. 3, comma 3 della Legge n°104/92 (non necessaria se si tratta di piano prorogato);
- ISEE 2023;
- ALLEGATO B - Scheda Salute (non necessaria se si tratta di piano prorogato e non sono intervenuti cambiamenti del quadro sanitario);
- ALLEGATO C – Informativa privacy;
- ALLEGATO D - Atto notorio di dichiarazione dei redditi non IRPEF;

**Le suddette domande dovranno pervenire all'Ufficio Protocollo del Comune entro il 31/03/2023.**

**Acquisita la suddetta documentazione l'Ufficio comunale di Servizio Sociale provvederà alla predisposizione del piano personalizzato.**