

Al Comune di Mogorella
Ufficio Servizi Sociali

OGGETTO: RICHIESTA PREDISPOSIZIONE NUOVO PIANO ANNO 2026
AI SENSI DELLA LEGGE N. 162 DEL 21 MAGGIO 1998. PIANI PERSONALIZZATI DI SOSTEGNO IN FAVORE
DELLE PERSONE CON HANDICAP GRAVE ART. 3 COMMA 3, LEGGE 104/92.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____, residente a Mogorella in Via _____, n° _____
tel. _____ codice fiscale _____

In qualità di:

- ☐ Destinatario del Piano ☐ Titolare della potestà genitoriale ☐ Incaricato della tutela
- ☐ Amministratore di sostegno (*allegare copia del decreto di nomina in corso di validità*)
- ☐ Altro familiare (indicare il grado di parentela) _____

In possesso di delega alla presentazione del Piano da parte del destinatario da allegare alla suddetta istanza

CHIEDE

Che venga predisposto un Piano Personalizzato di sostegno ai sensi della L. 162/98 da attuarsi nel 2026 in favore di:

- ☐ sé stesso
- ☐ proprio congiunto

Nome e cognome _____
nato a _____ il _____,
grado di parentela _____ residente a Mogorella in Via _____ n° _____
tel. _____ codice fiscale _____;

A TAL FINE

Consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e ss.mm.ii., la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti e consapevole di quanto disposto dall'art. 77 del medesimo D.P.R. n. 445/2000

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 n° 104/92 (allegare)
- ☐ Che l'handicap grave è congenito o sopravvenuto prima del compimento dei 35 anni di età:

SI ☐

NO ☐

*(Solamente in caso affermativo e solo per i soggetti di età uguale o superiore ai 35 anni dovrà essere presentato l'**Allegato F**, compilato dal Medico di Medicina Generale o dal Medico di struttura pubblica o dal Medico convenzionato che ha in cura il paziente)*

- ☐ Che il proprio nucleo familiare è così composto:

N°	COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	RAPPORTO DI PARENTELA
1.			Richiedente
2.			
3.			
4.			
5.			

- ☐ Che nessun familiare convivente del destinatario del piano ha usufruito nel 2025 di permessi ai sensi della L. 104/1992 in favore dello stesso

OPPURE

- ☐ Che uno o più familiari conviventi del destinatario del piano hanno usufruito nel 2025 di permessi ai sensi della L. 104/1992 in favore dello stesso in tal caso presentare Allegato C)
- ☐ Di aver preso visione del "Bando PIANI PERSONALIZZATI DI SOSTEGNO IN FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE. LEGGE 162/1998. BANDO PRESENTAZIONE NUOVE ISTANZE E ISTANZE DI PROSECUZIONE PIANI IN CORSO. ANNO 2026";
- ☐ Che **nel corso dell'anno 2025** ha usufruito dei seguenti servizi (non vanno indicati i servizi erogati con i fondi della L. 162/98, l'assistenza scolastica di base stabilita e garantita dalla L. 104/1992, né i servizi pagati privatamente e interamente dalle famiglie. L'elenco dei servizi fruiti nella tabella sotto riportata è a titolo puramente esemplificativo ma non esaustivo di tutti i possibili servizi che, se non riportati in elenco, dovranno essere cumulati e le relative ore riportate nell'ultima riga della tabella – altri servizi fruiti)

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 (ANFASS, Alzheimer, ecc)			
Ricovero, soggiorno e/o accoglienza in struttura pubblica o privata per più di 30 giorni consecutivi			
Frequenza centri di aggregazione sociale comunale			
Trasporto			
Altri servizi			

- ☐ Di essere a conoscenza del fatto che l'Amministrazione comunale, ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000, potrà disporre controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese;
- ☐ Di optare per la seguente **tipologia di intervento**:
- Interventi di sostegno socio-educativo;
 - attività sportiva e di socializzazione;
 - Assistenza personale o domiciliare
 - Accoglienza presso centri diurni autorizzati ai sensi dell'art. 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 R.S.A. e di centri diurni integrati, limitatamente al pagamento della quota sociale;
 - 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 strutture sanitarie autorizzate, limitatamente al pagamento della quota sociale.
 - Percorsi sperimentali di vita autonoma nell'ambito dei programmi L. 112/2016 "Dopo di noi", "Vita indipendente" e del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) (concorso alle spese dei programmi già attivi)

A tal fine **allega obbligatoriamente alla presente**:

- ☐ **Copia del verbale di certificazione** attestante il riconoscimento dell'handicap grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge n. 104/92 entro il 30.11.2026;
- ☐ **Copia del documento di identità** in corso di validità del richiedente e/o del destinatario del piano;

- ☐ **Scheda Salute (Allegato B)** debitamente compilata e sottoscritta 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 ISEE 2026** aggiornata ai sensi della L. 89 del 26.05.2016 art. 2 sexies e del Decreto interministeriale n. 146 del 01.06.2016 (ISEE per prestazioni socio-sanitarie ai sensi dell'art. 6 del DPCM 159/2013).
- ☐ **Per i tutori e gli amministratori di sostegno:** fotocopia del decreto di nomina in corso di validità;
- ☐ Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dalla quale risulti l'eventuale fruizione, da parte di uno o più familiari conviventi del disabile, di permessi lavorativi retribuiti ai sensi della Legge n. 104/92, con la specificazione del soggetto erogatore (datore di lavoro), delle ore settimanali e annuali e del numero di settimane fruiti (**Allegato C**);
- ☐ **Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante gli emolumenti non soggetti a IRPEF** percepiti nell'anno 2023 (**Allegato D**);
- ☐ **Delega** per la presentazione della domanda, per la predisposizione e gestione amministrativa del piano personalizzato (**Allegato E**);
- ☐ Solo per i destinatari del piano di età uguale o superiore ai 35 anni nel caso di handicap grave congenito o comunque insorto prima dei 35 anni dovrà essere presentato l'**Allegato F** compilato dal Medico di Medicina Generale o dal Medico di struttura pubblica o dal Medico convenzionato che ha in cura il paziente;

Mogorella, _____

(Firma del richiedente)
