

COMUNE DI Bonarcado

PROVINCIA DI ORISTANO
AREA AMMINISTRATIVA

All’Ufficio SERVIZI SOCIALI del Comune di Bonarcado

MODULO RINNOVO PIANI L.162/98. ANNO 2026

DATI DEL RICHIEDENTE

1 sottoscritt_ _____

nat_ a _____ Prov. _____ il _____ / _____ / _____

residente a Bonarcado in via _____ n° _____

CODICE FISCALE																			
-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

telefono _____ email _____

CHIEDE IL RINNOVO PER L’ANNO 2026

del piano personalizzato L.162/98 a favore di:

DATI DEL DISABILE BENEFICIARIO

se medesimo

oppure

altra persona (nome e cognome) _____

nat_ a _____ Prov. _____ il _____ / _____ / _____

residente a Bonarcado in via _____ n° _____

CODICE FISCALE																			
-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

In qualità di:

- familiare referente
- titolare della responsabilità genitoriale
- incaricato della tutela/curatela/amministrazione di sostegno (allegare decreto di nomina)

DICHIARA

(ai sensi dell’art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

- Composizione del nucleo familiare:

Cognome e Nome	Età	Relazione di parentela	numero di ore giornaliere di assistenza dedicate alla persona con disabilità

- In riferimento alla composizione del nucleo dichiara che:

- La persona con disabilità vive sola;
- Il nucleo familiare è composto da più persone con disabilità grave che presentano il piano personalizzato. Indicare il nome _____;
- La persona con disabilità grave vive con soli familiari di età superiore ai 75 anni o che sono affetti da gravi patologie da documentare con certificazione attestante la grave patologia corredata da esaustiva documentazione medica. Indicare il nome _____;
_____;

- La persona con disabilità grave a carico vive in famiglia dove è presente un solo genitore o, in assenza di genitori, un familiare convivente,
- Nel proprio nucleo familiare sono presenti figli sotto i tre anni.
- Che la persona disabile beneficiaria del piano ha percepito **nell'anno 2025** i seguenti **emolumenti**:

TIPOLOGIA DI EMOLUMENTO	IMPORTO ANNUALE
NESSUNO	
1-Pensione Invalidità civile	
2-Indennità di frequenza	
3-Indennità di accompagnamento	
4-Assegno sociale	
5-Pensioni o indennità INAIL	
6-Indennità o pensione per causa di guerra o servizio	
7-Assegni mensili continuativi erogati a favore di:	
- L.R. n. 27/83 – talassemici, emofilici ed emolinfopatici maligni.	
- L.R. n. 11/85 – nefropatici	
- L.R. n. 20/97 – persone affette da patologie psichiatriche	
- L.R. n. 9/2004 - persone affette da neoplasie maligne	
8-Altri contributi da Comuni e Aziende ASL	
9- Altro (specificare) _____	

- Relativamente alla **SCHEMA SALUTE DICHIARA** (barrare una delle due caselle):
 - Di **voler mantenere** la SCHEMA SALUTE del precedente progetto in quanto la condizione sanitaria è invariata.

Oppure

- Di **voler modificare** la SCHEMA SALUTE del precedente progetto in quanto la condizione sanitaria si è aggravata e pertanto si allega la nuova scheda salute compilata da medico.

DICHIARA, inoltre

- Di confermare le modalità di pagamento dei rimborsi del precedente progetto.

Oppure

- Di allegare il nuovo modulo di dichiarazione modalità di pagamento
- Di aver preso visione dell'avviso pubblico del Comune di Bonarcado;
- Di aver preso visione dell'informativa al trattamento dei dati in calce all'avviso pubblico

ALLEGA:

- Fotocopia di un **documento di identità** e **Codice Fiscale** in corso di validità del destinatario del piano e del dichiarante se diverso (OBBLIGATORIO);
- ISEE socio-sanitario 2026** (OBBLIGATORIO);
- Modulo di dichiarazione modalità di pagamento (FACOLTATIVO, DA ALLEGARE IN CASO DI MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI PAGAMENTO);
- SCHEMA SALUTE (FACOLTATIVO, DA ALLEGARE IN CASO DI AGGRAVAMENTO).

Bonarcado, lì _____

IL DICHIARANTE