

**COMUNE DI Bonarcado**  
PROVINCIA DI ORISTANO

All’Ufficio SERVIZI SOCIALI del Comune di Bonarcado

**MODULO RICHIESTA NUOVI 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 L’ATTIVAZIONE PER L’ANNO 2026**  
di un NUOVO 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

# **COMUNE DI Bonarcado**

**PROVINCIA DI ORISTANO**

- 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.
- di essere in possesso del riconoscimento ai sensi della L.104/92 art.3 comma 3;
- di aver fatto compilare al proprio Medico la SCHEMA SALUTE;
- che la persona disabile beneficiaria del piano ha percepito **nell'anno 2025** i seguenti **EMOLUMENTI**:

<b>TIPOLOGIA DI EMOLUMENTO</b>	<b>IMPORTO ANNUALE</b>
<b>NESSUNO</b>	
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)_____	

- che la persona **DISABILE BENEFICIARIA** del piano ha **USUFRUITO nell'anno 2025** dei seguenti **SERVIZI**:

<b>Servizio fruito</b>	<b>Soggetto erogatore</b>	<b>n. ore settimanali</b>	<b>n. settimane annuali</b>
<b>NESSUNO</b>			
Inserimento socio lavorativo, servizio civile			
Asilo nido			
Scuola materna			
Corsi di formazione			
Fisioterapia			
Assistenza domiciliare erogata da enti			

# **COMUNE DI Bonarcado**

**PROVINCIA DI ORISTANO**

pubblici o da associazioni regolarmente convenzionate			
Assistenza domiciliare integrata ASL			
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 fruitti (sport terapia, ecc.)			

- Di allegare il nuovo modulo di dichiarazione modalità di pagamento;
- Di aver preso visione dell'avviso pubblico L.162/98 del Comune di Bonarcado e la relativa informativa al trattamento dei dati personali;

## **ALLEGA OBBLIGATORIAMENTE**

- Fotocopia di un **documento di identità e Codice Fiscale** in corso di validità del destinatario del piano e del dichiarante se diverso;
- Fotocopia del verbale di riconoscimento **L.104/92 art.3 comma3**;
- Attestazione **ISEE socio-sanitario 2026**;
- SCHEDA SALUTE** compilata dal Medico;
- Modulo di dichiarazione modalità di pagamento
- altri documenti se necessari.

Bonarcado, lì \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE \_\_\_\_\_