

# 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:

\_l\_ 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 SCHEDA SALUTE;
- ☒ 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)_____	

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

Servizio fruito	Soggetto erogatore	n. ore settimanali	n. settimane annuali
NESSUNO			
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 fruiti (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**;
- ☐ **SCHEDE SALUTE** compilata dal Medico;
- ☐ Modulo di dichiarazione modalità di pagamento
- ☐ altri documenti se necessari.

Bonarcado, lì \_\_\_\_\_

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