

MODULO NUOVO PIANO

**ALL'UFFICIO DI SERVIZIO SOCIALE
DEL COMUNE DI CUGLIERI**

SCADENZA PRESENTAZIONE DOMANDA:

per i beneficiari in possesso del verbale alla data del 31.03.2026: **entro il 31.03.2026**

per i beneficiari in possesso del verbale con data successiva al 31.03.2026: **entro il 23.11.2026**

**OGGETTO: RICHIESTA PREDISPOSIZIONE NUOVO PIANO PERSONALIZZATO L.162/98 IN
FAVORE DI PERSONE CON HANDICAP GRAVE ART. 3 COMMA 3 – ANNO 2026**

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 per i casi dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi a tal fine:

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____ Residente a _____

In via/corso/piazza/località _____ n° _____

Codice fiscale _____

Recapito telefonico
(**OBBLIGATORIO**) _____

E mail (**OBBLIGATORIO**) _____

PEC _____

In qualità di:

☐ Destinatario del piano

oppure:

☐ Amministratore di sostegno

☐ Tutore

☐ Genitore titolare della responsabilità genitoriale

☐ Familiare responsabile (indicare il rapporto di parentela): _____

CHIEDE

Che venga predisposto il Piano Personalizzato di Sostegno ai sensi della Legge 162/98

(compilare nel caso di soggetto diverso dal richiedente) a favore di:

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____ Residente a Cuglieri

In via/corso/piazza/località _____ n° _____

Codice fiscale _____

Recapito telefonico (**obbligatorio**) _____

E mail (**obbligatorio**) _____

CHIEDE, altresì

Che il pagamento delle somme relative al finanziamento Piano Personalizzato ai sensi della L. 162/98, avvenga mediante accredito su conto corrente intestato a:

Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale _____

recapito telefonico _____

DICHIARA

Che il destinatario del piano personalizzato per il quale viene presentata richiesta è in possesso della certificazione di handicap grave ai sensi della L. 104/92, art. 3 comma 3,

- ☐ Verbale definitivo;
- ☐ Verbale provvisorio;
- ☐ Verbale temporaneo: scadenza revisione il _____ (nel caso in cui il richiedente sia in attesa di essere convocato a visita dovrà darne comunicazione formale all'Ufficio e consegnare tempestivamente copia del verbale di revisione aggiornato entro 10 giorni dal rilascio da parte del servizio territorialmente competente);

- ☐ Di essere stato delegato dal beneficiario del piano personalizzato a presentare e sottoscrivere la domanda, nonché predisporre in mio favore il progetto di cui alla L. 162/98 e di ogni altro adempimento inerente la gestione dello stesso;

- ☐ Che all'interno dello stesso nucleo familiare anagrafico altri componenti usufruiscono dei finanziamenti di cui alla Legge 162/98 (specificare):

Cognome e Nome _____

Codice Fiscale _____

- ☐ Di voler ricevere tutte le comunicazioni inerenti il progetto al seguente indirizzo e mail o Pec (**obbligatorio**):

A TAL FINE ALLEGA:

- ☐ Fotocopia della certificazione di handicap grave rilasciata dall'INPS ai sensi dell'art.3, comma 3 della Legge n° 104/92;

- ☐ **Attestazione ISEE 2026** (per prestazioni socio-sanitarie) rilasciata ai sensi del D.P.C.M. n. 159 del 05.12.2013, secondo le indicazioni di cui all'art. 6 (Prestazioni socio-sanitarie di natura agevolata per persone di maggiore età) o all'art. 7 (Prestazioni agevolate rivolte a minorenni);
- ☐ Scheda salute **(Allegato B)** debitamente compilata, firmata e timbrata a cura del Medico di Medicina Generale (Medico di Famiglia) o altro medico di Struttura pubblica o convenzionata;
- ☐ Scheda sociale **(Allegato C)** da compilare a cura del Servizio sociale;
- ☐ Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà **(allegato D)**;
- ☐ (eventuale) dichiarazione relativa ai permessi dal lavoro concessi ai sensi dell'art. 33 della L. 104/92 per familiari conviventi **(Allegato F)**;
- ☐ (eventuale) copia del provvedimento del Tribunale di nomina di tutore/curatore o amministratore di sostegno;
- ☐ (eventuale) copia Verbale di riconoscimento dell'Invalidità Civile rilasciata dall'INPS, di altri familiari componenti il nucleo o altra certificazione medica attestante gravi patologie;
- ☐ (eventuale) certificazione sanitaria (es. invalidità civile, ecc.) attestante che uno o più familiari conviventi siano affetti da gravi patologie;
- ☐ Copia del Codice IBAN del Conto Corrente/Carta bancario o postale intestato o cointestato con il beneficiario/genitore del minore, esclusi i libretti postali e bancari;
- ☐ Fotocopia del documento d'identità del beneficiario del Piano e del richiedente, se diverso.

Con la sottoscrizione dell'istanza si dichiara, altresì, di essere a conoscenza e di accettare le norme e le condizioni stabilite dal bando e delle disposizioni normative vigenti in materia, nonché di aver preso visione del modulo allegato al bando pubblico inerente l'informativa sulla privacy ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 e del Codice in materia protezione dei dati personali.

Cuglieri, _____

Firma _____