

**PIANI PERSONALIZZATI IN FAVORE DI PERSONE CON DISABILITÀ
AI SENSI DELL'ART. 3, COMMA 3 DELLA LEGGE 104/92**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ prov. _____

Il _____ residente a _____ Via/Piazza _____ n° _____ cap. _____

Codice fiscale _____

DATI OBBLIGATORI PER LE FUTURE COMUNICAZIONI RELATIVE AL SERVIZIO RICHIESTO:

- **Tel/Cell** _____
- **E-mail** _____

In qualità di:

- ☐ Destinatario del piano
- ☐ Familiare di riferimento
- ☐ Incaricato/a della tutela
- ☐ Titolare della potestà genitoriale
- ☐ Amministratore di sostegno
- ☐ Altro _____

CHIEDE

- ☐ IL RINNOVO
- ☐ LA PRIMA ATTIVAZIONE

Del piano personalizzato di sostegno ai sensi della L. n. 162/98, da realizzarsi nell'anno 2026

- ☐ In suo favore
oppure
- ☐ In favore del/la Sig./ra _____ nato/a a _____

prov. _____ il _____ residente a VALLEDORIA in Via/Piazza _____

n° _____ Tel/Cell _____ Codice fiscale _____

Riconosciuto disabile grave ai sensi dell'art.3, comma 3, della L.104/92.

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 dello stesso DPR 445/2000.

DICHIARA

☐ Che il valore **ISEE 2025** è pari a _____;

☐ Che il nucleo familiare del/la destinatario/a del Piano è così composto:

n.	Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto con il destinatario del piano
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

SERVIZI FRUITI SETTIMANALMENTE DAL DESTINATARIO DEL PIANO*

(*Nei servizi fruiti non dovranno essere indicati i servizi erogati con i fondi della L. 162/98, l'assistenza scolastica di base stabilita e garantita per legge dalla L. 104/92, né i servizi pagati privatamente e interamente dalle famiglie.)

- ☐ Inserimento socio lavorativo, servizio civile - *numero ore settimanali* _____
- ☐ Asilo nido - *numero ore settimanali* _____
- ☐ Scuola - *numero ore settimanali* _____
- ☐ Fisioterapia - *numero ore settimanali* _____
- ☐ Assistenza domiciliare erogata da enti pubblici o da associazioni regolarmente convenzionate - *numero ore settimanali* _____
- ☐ Assistenza domiciliare integrata - *numero ore settimanali* _____
- ☐ Frequenza centri diurni (ANFFAS, Alzheimer, ecc.) - *numero ore settimanali* _____
- ☐ Ricovero, soggiorno e/o accoglienza in struttura pubblica o privata - *numero ore settimanali* _____
- ☐ Frequenza Centri di aggregazione sociale comunali - *numero ore settimanali* _____
- ☐ Trasporto - *numero ore settimanali* _____
- ☐ Altri servizi fruiti (sport terapia, ecc.) _____
numero ore settimanali _____

Numero totale ore settimanali di servizi fruiti _____ **(media annua)**

CARICO ASSISTENZIALE FAMILIARE*

(*Indicare quante ore la persona con disabilità è totalmente assistito dai familiari. (ad esempio se si tratta di un disabile che va a scuola, bisognerà indicare il numero di ore giornaliere ottenute sottraendo alle 24 ore della giornata le ore di frequenza scolastica; analogamente si dovrà fare per gli altri servizi fruiti).

Ore giornaliere di cura dedicate dai familiari alla persona con disabilità: _____

Permesso dal lavoro per L. 104/92, art. 33 comma 3

Soggetto erogatore _____

n. ore settimanali _____

n. settimane annuali _____

TIPOLOGIA DI INTERVENTO RICHIESTO

- ☐ servizio educativo
 - ☐ assistenza personale e/o domiciliare
 - ☐ accoglienza presso centri diurni autorizzati ai sensi dell'articolo 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 residenze sanitarie assistenziali 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. 23/05 o presso residenze sanitarie assistenziali autorizzate, limitatamente al pagamento della quota sociale
 - ☐ attività sportiva e/o di socializzazione
-

- ☐ **CODICE IBAN intestato al beneficiario del piano** sul quale accreditare il finanziamento è il seguente:
-

- ☐ di essere a conoscenza che sui dati dichiarati ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. n. 445 del 2000; nel caso di erogazione di una prestazione sociale agevolata, potranno essere eseguiti controlli, diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite ed effettuati, da parte della Guardia di Finanza presso gli istituti di credito e gli altri intermediari finanziari che gestiscono il patrimonio mobiliare, ai sensi dell'art 4, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, e 6, comma 3, del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 7 maggio 1999, n. 221, e successive modificazioni; potranno essere effettuati controlli sulla veridicità della situazione familiare dichiarata e confronti dei dati reddituali e patrimoniali con i dati in possesso del sistema informativo del Ministero della Finanze.
- ☐ di aver preso atto dell'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016 contenuta nell'Avviso pubblico.

A tal fine, ALLEGA alla presente la seguente documentazione:

- ☐ Copia della certificazione di disabilità ai sensi dell'art.3 co. 3 della L. n. 104/1992
- ☐ Allegato B - Scheda salute compilata dal Medico di Medicina Generale, dal Pediatra, o da altro medico di struttura pubblica (per i piani già in essere, solo in caso di aggravamento delle condizioni sanitarie)
- ☐ Allegato D – Emolumenti percepiti nel corso dell'anno 2025
- ☐ ISEE socio-sanitario 2026
- ☐ Copia del Codice IBAN intestato al beneficiario del piano sul quale accreditare il finanziamento oppure la delega per la riscossione del pagamento
- ☐ Copia del documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente e del beneficiario

Luogo e data _____

Firma _____