

Allegato A alla Determinazione n. 7 del 10.01.2024

Scadenza per la presentazione del piano con decorrenza entro il 01.05.2024: **15 marzo 2024**

Scadenza ultima per la presentazione del piano con decorrenza dopo il 01.05.2024: il **20 Novembre 2024**
(con integrazione del Verbale entro il 30.11.2024)

**Al Comune di Villa Sant'Antonio
Ufficio Servizi Sociali**

**OGGETTO: LEGGE N. 162 DEL 21 MAGGIO 1998.
PIANI PERSONALIZZATI DI SOSTEGNO IN FAVORE DELLE PERSONE CON HANDICAP GRAVE
ART. 3 COMMA 3, LEGGE 104/92
RICHIESTA PREDISPOSIZIONE
NUOVO PIANO ANNO 2024**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____, residente a _____ in Via _____,
n° _____
tel. _____ codice fiscale _____

In qualità di:

- ☐ Destinatario del Piano ☐ Titolare della responsabilità genitoriale ☐ Incaricato della tutela
- ☐ Amministratore di sostegno (*allegare copia del decreto di nomina in corso di validità*)
- ☐ Altro familiare (indicare il grado di parentela) _____
In possesso di delega alla presentazione del Piano da parte del destinatario da allegare alla suddetta istanza

CHIEDE

Che venga predisposto un Piano Personalizzato di sostegno ai sensi della L. 162/98 da attuarsi a Partire dal dal 1° maggio 2024, ovvero dal 01 _____ 2024 (fino al 01.12.2024) in favore di:

- ☐ se stesso
☐ proprio congiunto

Nome e cognome _____
nato a _____ il _____,
grado di parentela _____ residente a Villa Sant'Antonio in Via _____ n° _____
tel. _____ codice fiscale _____;

A TAL FINE

Consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e ss.mm.ii., la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti e consapevole di quanto disposto dall'art. 77 del medesimo D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

(barrare la voce che interessa)

- ☐ **Che** il destinatario del piano è in possesso della certificazione di handicap grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge n° 104/92 alla data del 30.11.2024 (allegare) e pertanto chiede l'attivazione del nuovo piano con decorrenza dal _____ 2024, consapevole che tale attivazione sarà possibile solo in caso di disponibilità finanziaria.

- ☐ Che l'handicap grave è congenito o sopravvenuto prima del compimento dei 35 anni di età:

SI ☐

NO ☐

(Solamente in caso affermativo e solo per i soggetti di età uguale o superiore ai 35 anni dovrà essere presentato l'Allegato F, compilato dal Medico di Medicina Generale o dal Medico di struttura pubblica o dal Medico convenzionato che ha in cura il paziente)

- ☐ Che il proprio nucleo familiare è così composto:

N°	COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	RAPPORTO DI PARENTELA
1.			Richiedente
2.			
3.			

Allegato A alla Determinazione n. 7 del 10.01.2024

Scadenza per la presentazione del piano con decorrenza entro il 01.05.2024: **15 marzo 2024**

Scadenza ultima per la presentazione del piano con decorrenza dopo il 01.05.2024: **il 20 Novembre 2024**
(con integrazione del Verbale entro il 30.11.2024)

4.			
5.			

- ☐ Che nessun familiare convivente del destinatario del piano ha usufruito nel 2021 di permessi ai sensi della L. 104/1992 in favore dello stesso

OPPURE

- ☐ Che uno o più familiari conviventi del destinatario del piano hanno usufruito nel 2023 di permessi ai sensi della L. 104/1992 in favore dello stesso (in tal caso presentare Allegato C)
- ☐ Di aver preso visione del bando "Legge 21 maggio 1998, n. 162, art. 1, comma 1, lett. c)- Piani personalizzati di sostegno in favore delle persone con grave disabilità - Presentazione delle domande per predisposizione nuovi piani 2024";
- ☐ Che **nel corso dell'anno 2023** ha usufruito dei seguenti servizi (non vanno indicati i servizi erogati con i fondi della L. 162/98, l'assistenza scolastica di base stabilita e garantita dalla L. 104/1992, né i servizi pagati privatamente e interamente dalle famiglie. L'elenco dei servizi fruiti nella tabella sotto riportata è a titolo puramente esemplificativo ma non esaustivo di tutti i possibili servizi che, se non riportati in elenco, dovranno essere cumulati e le relative ore riportate nell'ultima riga della tabella – altri servizi fruiti)

Servizio fruito	Soggetto erogatore	n. ore settimanali	n. settimane annuali
Inserimento socio lavorativo, servizio civile			
Asilo nido			
Fisioterapia			
Assistenza domiciliare erogata da enti pubblici o da associazioni regolarmente convenzionate			
Assistenza domiciliare integrata			
Frequenza centri diurni (ANFASS, Alzheimer, ecc)			
Ricovero, soggiorno e/o accoglienza in struttura pubblica o privata per più di 30 giorni consecutivi			
Frequenza centri di aggregazione sociale comunale			
Trasporto			
Altri servizi			

- ☐ Di essere a conoscenza del fatto che l'Amministrazione comunale, ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000, potrà disporre controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese;
- ☐ Di optare per la seguente **gestione** del Piano personalizzato
- Diretta
 - Indiretta
- ☐ E per la seguente **tipologia di intervento**:
- Di sostegno socio- educativo
 - Assistenza personale o domiciliare
 - Accoglienza presso centri diurni autorizzati ai sensi dell'art. 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 R.S.A. 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. 23/2005 o presso strutture sanitarie autorizzate, limitatamente al pagamento della quota sociale.
 - Attività sportive e/o di socializzazione
 - concorrere a sostenere i percorsi sperimentali di vita autonoma nell'ambito dei programmi L. 112/2016 "Dopo di noi", "Vita indipendente" e del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), previa valutazione con gli operatori sociali degli enti locali e con eventuale preventiva rimodulazione del piano personalizzato per consentire l'armonizzazione degli interventi evitando duplicazioni;

A tal fine **allega obbligatoriamente alla presente**:

- ☐ **Copia del verbale di certificazione** attestante il riconoscimento dell'handicap grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge n° 104/92 alla data del 31.03.2023, ovvero **copia del verbale di certificazione**

Allegato A alla Determinazione n. 7 del 10.01.2024

Scadenza per la presentazione del piano con decorrenza entro il 01.05.2024: **15 marzo 2024**

Scadenza ultima per la presentazione del piano con decorrenza dopo il 01.05.2024: il **20 Novembre 2024**
(con integrazione del Verbale entro il 30.11.2024)

attestante il riconoscimento dell'handicap grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge n° 104/92 certificata entro il 30.11.2024;

- ☐ **Copia del documento di identità** in corso di validità del richiedente e/o del destinatario del piano;
- ☐ **Scheda Salute (Allegato B)** debitamente compilata e sottoscritta dal Medico di Medicina Generale o pediatra di libera scelta e/o altro medico della struttura pubblica o medico convenzionato che ha in cura la persona con disabilità – gli eventuali costi sono a carico del richiedente;
- ☐ **Certificazione ISEE 2024** aggiornata ai sensi della L. 89 del 26.05.2016 art. 2 sexies e del Decreto interministeriale n. 146 del 01.06.2016 (ISEE per prestazioni socio-sanitarie ai sensi dell'art. 6 del DPCM 159/2013).
- ☐ **Per i tutori e gli amministratori di sostegno**: fotocopia del decreto di nomina in corso di validità;
- ☐ Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dalla quale risulti l'eventuale fruizione, da parte di uno o più familiari conviventi del disabile, di permessi lavorativi retribuiti ai sensi della Legge n. 104/92, con la specificazione del soggetto erogatore (datore di lavoro), delle ore settimanali e annuali e del numero di settimane fruite (**Allegato C**);
- ☐ **Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante gli emolumenti non soggetti a IRPEF** percepiti nell'anno 2023 (**Allegato D**);
- ☐ **Eventuale delega** per la presentazione della domanda, per la predisposizione e gestione amministrativa del piano personalizzato (**Allegato E**);
- ☐ Solo per i destinatari del piano di età uguale o superiore ai 35 anni nel caso di handicap grave congenito o comunque insorto prima dei 35 anni dovrà essere presentato l'**Allegato F** compilato dal Medico di Medicina Generale o dal Medico di struttura pubblica o dal Medico convenzionato che ha in cura il paziente;

Villa Sant'Antonio, _____ (Firma del richiedente)

Informativa effettuata ai sensi dell'art. 13 Regolamento (UE) 2016/679 (RGDP)

Il Comune di VILLA SANT'ANTONIO, con sede in Via MARIA DORO N. 5, email: ufficio.protocollo@comune.villasantantonio.or.it, pec: protocollo@pec.comune.villasantantonio.or.it, tel: 0783-964146, nella sua qualità di **Titolare del trattamento dei dati**, tratterà i dati personali conferiti con la presente modulistica, sia su supporto cartaceo sia con modalità informatiche e telematiche, **esclusivamente al fine di espletare le attività di erogazione dei servizi richiesti, nell'esecuzione dei compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei pubblici poteri propri dell'Ente**, nel rispetto dei principi di cui al Regolamento UE 2016/679.

La informiamo che il trattamento dei Suoi dati personali avverrà secondo modalità idonee a garantire sicurezza e riservatezza e sarà effettuato utilizzando supporti cartacei, informatici e/o telematici per lo svolgimento delle attività dell'Amministrazione.

Il trattamento dei dati è improntato ai principi di liceità, correttezza e trasparenza e, in conformità al principio di cd "minimizzazione dei dati", i dati richiesti sono adeguati, pertinenti e limitati rispetto alle finalità per le quali sono trattati.

In particolare, i dati sono raccolti e registrati unicamente per gli scopi sopraindicati e saranno tutelate la Sua dignità e la Sua riservatezza.

Il conferimento dei dati di cui alla presente modulistica è obbligatorio ed il loro mancato inserimento comporterà l'applicazione delle disposizioni sanzionatorie espressamente previste dalla vigente normativa.

I dati raccolti con la presente domanda potranno essere comunicati, se previsto da norma di legge o di regolamento, ad altri soggetti pubblici espressamente individuati e/o diffusi, laddove obbligatorio, a seguito di pubblicazione all'Albo Pretorio On line (ai sensi dell'art. 32, L. 69/2009) ovvero nella Sezione del sito istituzionale dell'Ente denominata "Amministrazione Trasparente" (ai sensi del D. Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii).

Gli stessi dati potranno formare oggetto di istanza di accesso documentale ai sensi e nei limiti di cui agli artt. 22 e ss. L. 241/90, ovvero potranno formare oggetto di richiesta di accesso civico "generalizzato", ai sensi dall'art. 5, comma 2, e dall'art. 5 bis, D. Lgs. 33/2013.

I dati conferiti, saranno trattati dall'Amministrazione per il periodo necessario allo svolgimento dell'attività amministrativa correlata e conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

I dati saranno trattati esclusivamente dal personale, da collaboratori dell'Ente ovvero da soggetti esterni espressamente nominati come Responsabili del trattamento dal Titolare.

Al di fuori delle ipotesi sopra richiamate, i dati non saranno comunicati a terzi né diffusi.

Allegato A alla Determinazione n. 7 del 10.01.2024

Scadenza per la presentazione del piano con decorrenza entro il 01.05.2024: **15 marzo 2024**

Scadenza ultima per la presentazione del piano con decorrenza dopo il 01.05.2024: il **20 Novembre 2024**
(con integrazione del Verbale entro il 30.11.2024)

Gli interessati hanno il diritto di chiedere al Titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento, ai sensi degli artt. 15 e ss. RGDP.

Apposita istanza è presentata al Responsabile della Protezione dei dati dell'Ente (ex art. 38, paragrafo 4, RGDP), individuato nella **Liguria Digitale S.P.A con sede in Via Melen 77, cap.16152 Genova (Ge) – referente Ing. Maurizio Pastore - Telefono: +39 010-65451- Mail:info@liguriadigitale.it - Posta elettronica certificata: protocollo@pec.liguriadigitale.it**

Dichiaro di aver ricevuto tutte le informazioni di cui all'art. 13 RGDP in relazione ai dati contenuti nell'allegata modulistica.

L'interessato al trattamento dei dati

..... (Firma per esteso)