

OGGETTO: L. 162/98 – Richiesta rinnovo Piano Personalizzato. Annualità 2025.

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____,
residente a Villa Sant'Antonio, Via _____ n° _____
Codice Fiscale _____
telefono _____ (recapito telefonico indispensabile)
indirizzo mail al quale inviare le comunicazioni _____

In qualità di:

☐ Destinatario del piano

Oppure in qualità di:

☐ Incaricato della tutela

☐ Titolare della potestà genitoriale

☐ Amministratore di sostegno

☐ Familiare di riferimento (indicare il rapporto di parente) _____

CHIEDE

il rinnovo del Piano Personalizzato ai sensi della Legge 162/98 (decorrenza **dal 1° Maggio 2025**)

☐ In suo favore

☐ In favore di _____

nato/a _____ il _____

residente a Villa Sant'Antonio, Via _____ n° _____

Codice Fiscale _____

telefono _____ (recapito telefonico indispensabile)

A tal fine

CHIEDE

☐ la rivalutazione del punteggio della scheda salute (allegata alla presente e compilata da un medico avente in cura il beneficiario);

☐ la rivalutazione del punteggio della scheda sociale (compilazione a cura degli Uffici di Servizio Sociale Comunale);

☐ di avvalersi del punteggio della scheda salute e della sociale del Piano Personalizzato precedente (in caso la situazione sia rimasta invariata).

Ai sensi dell'art. 46 del D.P.R 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, sotto la propria responsabilità:

DICHIARA

☐ 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;

☐ di essere consapevole che in caso di finanziamento del Piano Personalizzato, questo non potrà essere gestito o affidato ai parenti conviventi né a quelli indicati all'art. 433 del codice civile;

☐ di essere a conoscenza che tutte le informazioni saranno trattate ai sensi della disciplina vigente sulla privacy e trattamento dei dati.

Allega alla presente:

☐ **Dichiarazione ISEE 2025** (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) riferito alle **"Prestazioni socio-sanitarie"**, di cui all'art. 6 del D.P.CM. n. 159/2013;

☐ **Scheda di salute** debitamente compilata e sottoscritta a cura del medico di Medicina Generale o da altro medico di struttura pubblica - (Allegato B alla deliberazione G.R. N. 09/15 del 12.02.2013) (**Facoltativo**).

☐ **Scheda sociale** (la cui compilazione compete all'assistente sociale in collaborazione con il destinatario del piano o l'incaricato della tutela o titolare della patria potestà o amministratore di sostegno o altro familiare di riferimento) – (Allegato C alla deliberazione G.R. N. 09/15 DEL 12.02.2013) (**facoltativo**):

☐ **Dichiarazione sostitutiva** attestare gli emolumenti percepiti nel corso dell'anno 2024 (Allegato D);

☐ Fotocopia **documento d'identità** in corso di validità;

☐ Eventuale certificazione attestante le **ore di permesso dal lavoro retribuito** dei familiari che usufruiscono dei benefici di cui alla Legge n.104/1992 per assistenza alla persona con disabilità.

DATA

FIRMA