

OGGETTO: L. 162/98 – Richiesta predisposizione 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

Che venga predisposto un Piano Personalizzato, a valere sui fondi stanziati dalla Regione Sardegna, per l'attuazione di Piani Personalizzati di sostegno in favore di persone, riconosciute disabili gravi ai sensi dell'art. 3, comma 3, Legge n.104/92 – Anno 2025 con 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 dichiara di esprimere la preferenza per l'attivazione dei seguenti servizi:

☐ Servizio educativo (anche per le persone con età superiore ai 65 anni)

☐ Assistenza personale o domiciliare;

☐ Soggiorno per non più di 30 giorni nell'arco di un anno presso strutture autorizzate ai sensi dell'art.40 della L.R. 23 dicembre 2005 n. 23 o presso residenze sanitarie assistenziali autorizzate, limitatamente al pagamento della quota sociale;

☐ 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;

☐ Attività sportive e/o di socializzazione (anche per le persone con età superiore ai 65 anni)

Dichiara, inoltre, che in caso di finanziamento del piano personalizzato sceglierà la gestione:

☐ DIRETTA (la realizzazione del Piano è gestita dal Comune di Villa Sant'Antonio)

☐ INDIRETTA (la realizzazione del Piano è affidata alla famiglia attraverso l'assunzione di un operatore o a mezzo convenzione con Cooperative o Associazioni).

NEL CASO DI GESTIONE INDIRETTA DICHIARA DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE, IN CASO DI FINANZIAMENTO DEL PIANO PERSONALIZZATO, QUESTO NON POTRÀ ESSERE GESTITO O AFFIDATO AI IPARENTI CONVIVENTIC NÉ A QUELLI INDICATI ALL'ART. 433 DEL CODICE.

A tal fine allega alla presente:

☐ **Certificazione** della commissione per l'accertamento delle invalidità civili attestante la condizione di gravità permanente (L. n.104/92, art. 3, comma 3°). Si prescinde dalla presentazione di certificazione attestante la condizione di gravità qualora la stessa sia stata già presentata in anni precedenti);

☐ **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);

☐ **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);

☐ **Dichiarazione sostitutiva** attestare gli emolumenti percepiti nel corso dell'anno 2024 (Allegato D alla deliberazione G.R. n. 09/15 del 12.02.2013);

☐ **Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà** attestante la veridicità delle informazioni riportate nella Scheda Sociale;

☐ Certificato di **Stato di famiglia** o autocertificazione;

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

☐ Fotocopia **Codice Fiscale** o Tessera Sanitaria;

☐ Eventuale **certificazione di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento** o di disabilità grave (art. 3, c. 3 L. 104/92) di familiari conviventi;

☐ 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