

**AL FUNZIONARIO RESPONSABILE  
SERVIZIO SOCIALE  
DEL COMUNE DI LUNAMATRONA**

**OGGETTO: LEGGE N. 162 DEL 21 MAGGIO 1998. PIANI PERSONALIZZATI DI SOSTEGNO IN FAVORE DELLE PERSONE CON GRAVE DISABILITA'. RICHIESTA PROGETTO PERSONALIZZATO. PERIODO MAGGIO – DICEMBRE 2018**

Il/La sottoscritto/a..... nato/a a.....il.....  
Residente a Lunamatrona in via/vico.....n°.....  
Tel./cell.n°.....  
e-mail: .....  
Codice Fiscale...

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**In qualità di:**

- ☐ Destinatario del piano    ☐ Titolare della potestà genitoriale    ☐ Incaricato della tutela  
☐ Amministratore di sostegno (allegare copia del decreto di nomina in corso di validità)  
☐ Altro familiare (indicare il grado di parentela)\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

che venga predisposto un piano individualizzato a favore di

- ☐ se medesimo  
☐ proprio congiunto

Indicare cognome e nome \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a

Lunamatrona Via/vico \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel./cell. \_\_\_\_\_

(indicare il grado di parentela: \_\_\_\_\_)

**A TAL FINE**

consapevole che, ai sensi dell'art. art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e ss.mm., 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 della L. 104/92 art. 3 comma 3 alla data del 31.12.2017 rilasciata in data \_\_\_\_\_;

☐ Che il destinatario del piano ha effettuato la visita entro il 31.12.2017;

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

SI ☐

NO ☐

☐ Di aver già presentato un piano personalizzato negli anni precedenti:      SI      NO

Comune di Lunamatrona

Modulo A 1 – Richiesta piano L. 162/98 - PERIODO: Maggio – Dicembre 2018

--	--

☐ Che il proprio nucleo familiare è così composto:

N°	Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Rapporto di parentela
1			Richiedente
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

☐ Che nel nucleo familiare vi è la presenza di:

- n° \_\_\_\_\_ anziano non autosufficiente di età uguale o superiore ai 65 anni in possesso della certificazione L. 104/92;
- n.° \_\_\_\_\_ adulti dai 18 ai 64 anni in possesso di invalidità dal 46% in su;
- n° \_\_\_\_\_ minori in possesso della certificazione L. 104/92;

☐ Che nel corso del 2017 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 per legge dalla L. 104/92, né i servizi pagati privatamente e interamente dalle famiglie):

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			
Frequenza centri di aggregazione sociale comunali			
Trasporto			
Altri servizi			

☒ che i dati forniti sono completi e veritieri.

☒ di impegnarsi a comunicare tempestivamente dal suo verificarsi, della mutata composizione familiare, delle condizioni di reddito o patrimonio.

Comune di Lunamatrona

Modulo A 1 – Richiesta piano L. 162/98 - PERIODO: Maggio – Dicembre 2018

- ☒ di essere consapevole che le dichiarazioni non conformi al vero e la mancata o intempestiva comunicazione delle predette variazioni comporteranno, in ogni caso, oltre all'applicazione delle sanzioni di legge, il recupero delle somme che risultassero indebitamente percepite
- ☒ di essere a conoscenza del fatto che l'Amministrazione comunale, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. n.445/2000, potrà disporre controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese;
- ☒ di essere a conoscenza , in quanto informato ai sensi dell'art. 13 della legge n. 196/2003 e ss.mm. che i dati acquisiti con la presente autocertificazione vengono trattati dagli enti interessati per lo svolgimento delle proprie funzioni connesse al finanziamento del piano

**Allega alla presente:**

- ☐ Copia del documento d'identità del richiedente in corso di validità del richiedente e del destinatario del piano;
- ☐ Copia del verbale di certificazione L. 104/92 art. 3 comma 3 alla data del 31.12.2017 o certificazione comprovante di aver effettuato la visita entro il 31.12.2017;
- ☐ Scheda Salute (allegato B), compilata e firmata 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. Eventuali costi sono a carico del richiedente;
- ☐ Per i tutori o amministratori di sostegno: fotocopia del decreto di nomina in corso di validità;
- ☐ Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dalla quale risultino i benefici economici derivanti percepiti dal beneficiario;
- ☐ Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dalla quale risulti l'eventuale fruizione, da parte dei familiari conviventi del disabile, di permessi lavorativi retribuiti ai sensi della Legge 104/92, con la specificazione del soggetto erogatore (datore di lavoro), delle ore settimanali e annuali e del numero di settimane fruiti (allegato E);
- ☐ Certificazione ISEE ai sensi del DPCM 159/2013 art. 6 (ISEE per prestazioni di natura socio-sanitaria). Si sottolinea che il certificato ISEE 2018 deve avere una validità successiva al 15.01.2018;

Lunamatrona , \_\_\_\_\_

**IL DICHIARANTE**

Firma \_\_\_\_\_

**COMPILARE IN CASO DI DELEGA**

Il/La sottoscritto/a..... nato/a a.....il.....  
Residente a .....in via.....n°.....  
Tel./cell.n°.....  
e-mail: .....  
Codice Fiscale...

**DELEGA**

Il familiare responsabile (indicare il rapporto di parentela):.....

Cognome ..... Nome .....

Codice Fiscale...

Alla presentazione della documentazione necessaria per la predisposizione del piano personalizzato L. 162/98, alla compilazione della scheda allegato C e a qualsiasi altra documentazione necessaria per l'avvio del piano.

**IL DICHIARANTE**

Firma.....

Allegare documento d'identità del delegante e del delegato.