

LA PRESENTE ISTANZA DEVE ESSERE INOLTATA ENTRO E NON OLTRE IL 20 MARZO 2018

**UFFICIO SERVIZI SOCIALI
COMUNE DI MORES**

**OGGETTO: L. 162/98 - RICHIESTA PER LA PREDISPOSIZIONE DEI NUOVI PIANI PERSONALIZZATI DI
SOSTEGNO A FAVORE DI PERSONE CON GRAVE DISABILITÀ. NUOVI PIANI
ANNUALITÀ 2018 (DAL 01.5.2018 AL 31.12.2018)**

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

il _____ residente a _____ Via/Piazza _____

n° ____ cap. _____ tel. _____ cell. _____

Codice fiscale

in qualità di

destinatario del piano genitore figlio/figlia

oppure in qualità di:

incaricato della tutela amministratore di sostegno altro _____ della persona destinataria del piano

CHIEDE

che venga predisposto un piano personalizzato di sostegno in favore di persone con handicap grave, ai sensi della L. n. 162/98 – Annualità 2018

in suo favore

in favore del/la Sig./ra _____ nato/a a _____

prov. _____ il _____ residente a MORES Via/Piazza _____

n° ____ tel. _____ cell. _____

Codice fiscale

Riconosciuto disabile grave ai sensi dell'art.3, comma 3, della L.104/92 (**certificazione posseduta entro e non oltre la data del 31.12.2017 o in alternativa con visita effettuata entro il 31.12.2017 e la cui certificazione definitiva sia stata rilasciata successivamente a tale data**)

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
(barrare la voce che interessa)

che la composizione del nucleo familiare del destinatario del Piano Personalizzato è la seguente:

n°	Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Parentela
1				Destinatario Piano Pers.
2				
3				
4				
5				
6				
7				

A tal fine allega alla presente:

- Certificazione di disabilità grave di cui all'art.3, comma 3 della L.104/92 con allegata diagnosi;
- Scheda di salute (Allegato B)** debitamente compilata e sottoscritta a cura del medico di Medicina Generale o dal Medico di struttura pubblica o dal Medico convenzionato che ha in cura la persona con disabilità.
- Certificazione ISEE 2018** previsto dal DPCM 159/2013, art. 6 (**ISEE per prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria**);
- Fotocopia **documento d'identità** in corso di validità del destinatario del piano e del richiedente.
- Copia dell'eventuale provvedimento del tribunale di nomina di tutore o amministratore di sostegno.

Ai fini dell'attribuzione del punteggio per particolari situazioni di disagio si allegano i seguenti documenti: (barrare le voci che interessano):

- certificazione medica** recente ed esaustiva attestante che all'interno del nucleo familiare del disabile siano presenti familiari affetti da gravi patologie;

MORES, _____

Firma _____

Lo scrivente dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.lgs. n° 196 del 30/06/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa per cui presta il suo consenso per il trattamento dei dati personali e sensibili necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

MORES, _____

Firma _____