

OGGETTO: “Piani Personalizzati Legge 162/98”. Richiesta accesso al beneficio.

Il/la sottoscritto/a (inserire i dati del richiedente)

QUADRO A

Cognome	
Nome	
Luogo di nascita	
Data di nascita	
Età	
Residenza	
Indirizzo	
Numero civico	
Codice fiscale	
Telefono fisso	
Telefono cellulare	
E-mail	
Pec (consigliata)	
Data rilascio L. 104/92 art. 3, comma 3	
Data revisione L. 104/92	

in qualità di

- Beneficiario del Progetto
- Amministratore di sostegno
- Familiare referente (Caregiver)
- Esercente la potestà genitoriale sul minore
- Incaricato della tutela della Persona interdetta o inabilitata

QUADRO B – Inserire i dati relativi al beneficiario del Piano Personalizzato

Cognome	
Nome	
Luogo di nascita	
Data di nascita	
Età	
Residenza	
Indirizzo	
Numero civico	
Codice fiscale	
Telefono fisso	
Telefono cellulare	
E-mail	
Pec (consigliata)	
Decreto Giudice n. /del	
Data rilascio L. 104/92 art. 3, comma 3	
Data revisione L. 104/92	

CHIEDE la predisposizione di un Piano Personalizzato ai sensi della Legge 162/98 a favore delle persone affette da handicap grave (L. 104/92 art.3, comma3).

A tal fine consapevole delle sanzioni penali, di altre provvidenze non veritiere, d'informazione o usi di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

1. di confermare i dati e le informazioni riferiti alle Persone indicate nel QUADRO A e/o nel QUADRO B;
2. che la Persona per la quale si chiede la predisposizione del Piano ex L. 162/98 è in possesso della certificazione attestante lo stato di handicap grave ai sensi della legge 104/92 articolo 3, comma 3;
3. di essere a conoscenza che i costi per la compilazione della Scheda Salute (Allegato B) da parte del medico sono a carico del richiedente;
4. di essere a conoscenza che i costi di gestione (contratti, buste paga, ecc.) sono a carico del richiedente;
5. di essere consapevole che la gestione del progetto non può essere affidata ai parenti conviventi né a quelli indicati all'art. 433 del Codice Civile;

DICHIARA INOLTRE

- di NON aver usufruito, nell'anno 2023, dei servizi indicati nella sottostante tabella **OPPURE (in alternativa)**
- di aver usufruito, nell'anno 2023, dei servizi indicati nella sottostante tabella (**specificare**)

Servizi fruiti	Soggetto erogatore (Comune, ASL, Presidio Ospedaliero, PLUS, Associazioni convenzionate, ecc)	n. ore settimanali (da 1 a 168 ore)	n. settimane annuali (da n. 1 a 52 settimane)
Inserimento socio lavorativo, servizio civile		n.	n.
Asilo nido		n.	n.
Fisioterapia		n.	n.
Assistenza domiciliare erogata da Enti Pubblici o da associazioni regolarmente convenzionate.		n.	n.
Assistenza domiciliare integrata		n.	n.
Frequenza centri diurni (ANFFAS, Alzheimer, ecc.)		n.	n.
Ricovero, soggiorno e/o accoglienza in struttura pubblica o privata (inserire solo se superiori a n. 30 giorni consecutivi)		n.	n.
Frequenza Centri di aggregazione sociale comunali		n.	n.
Trasporto		n.	n.
Altri servizi fruiti (sport terapia, ecc.)		n.	n.

- Composizione del nucleo familiare (**come da certificazione anagrafica**)

	Cognome	Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Età	Relazione di parentela (coniuge, figlio, ecc)	N. di ore giornaliere di assistenza dedicate al disabile
1							n.
2							n.
3							n.
4							n.

- di NON aver usufruito, nell'anno 2023, dei servizi indicati nella sottostante tabella **OPPURE**
- aver usufruito, nell'anno 2023, dei servizi indicati nella sottostante tabella (**specificare**)

Carico Assistenziale (elenco servizi)	Soggetto erogatore (Comune, ASL, Presidio Ospedaliero, PLUS, Associazioni convenzionate, ecc)	n. ore settimanali (da 1 a 168 ore)	n. settimane annuali (da n. 1 a 52 settimane)
Lavoro			
Frequenza scolastica			
Asilo nido			
Scuola materna			
Corsi di formazione			
Fisioterapia			
Assistenza domiciliare erogata da enti pubblici o da associazioni regolarmente convenzionate			
Assistenza domiciliare integrata			
Frequenza centri diurni (ANFFAS, Alzheimer, ecc.)			
Permesso dal lavoro per L. 104/92 art.3 comma 3 Indicare le ore di permesso dal lavoro fruito dai familiari nonché da parenti o affini entro il terzo grado, conviventi			
Ricovero, soggiorno e/o accoglienza in struttura pubblica o privata			
Frequenza centri di aggregazione sociale comunali			
Trasporto			
Altri servizi fruiti (sport terapia, ecc.)			

- di NON di trovarsi nelle PARTICOLARI SITUAZIONI DI DISAGIO di seguito indicate **OPPURE**
- di TROVARSI nelle PARTICOLARI SITUAZIONI DI DISAGIO di seguito indicate (barrare con una x)

<input type="checkbox"/>	persone con disabilità grave che vivono sole
<input type="checkbox"/>	compresenza di più persone con disabilità grave nello stesso nucleo familiare che presentano il piano personalizzato;
<input type="checkbox"/>	persone con disabilità grave che vivono con soli familiari di età superiore ai 75 anni
<input type="checkbox"/>	persone con disabilità grave che vivono con familiari affetti da gravi patologie da documentare con la certificazione attestante la grave patologia corredata da esaustiva documentazione medica
<input type="checkbox"/>	famiglie con persona con disabilità grave a carico dove è presente un solo genitore o, in assenza di genitori, un familiare convivente
<input type="checkbox"/>	presenza nel nucleo familiare di altri figli sotto i tre anni

DICHIARA INOLTRE

che l'ISEE 2024 con scadenza 31/12/2024 del nucleo familiare in cui è inserita la Persona per la quale si chiede la predisposizione del Piano ex L. 162/98, è pari a complessivi € _____

che le fotocopie dei documenti allegati alla richiesta per la concessione dei benefici previsti dalla Legge 162/98 sono conformi all'originale

di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. N. 196 del 30.06.2003 e del Regolamento UE 2016/679 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

Tipologia di servizio richiesto e tipologia di gestione (barrare con una x la tipologia prescelta)

<input type="checkbox"/>	servizio educativo (con personale in possesso di laurea in scienze dell'educazione o titoli equipollenti)
<input type="checkbox"/>	assistenza personale e/o domiciliare
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	soggiorno per non più di 30 giorni nell'arco di un anno presso strutture autorizzate ai sensi dell'art. 40 della L.R. 23/05 o presso residenze sanitarie assistenziali autorizzate, limitatamente al pagamento della quota sociale.
<input type="checkbox"/>	attività sportiva e/o di socializzazione

<input type="checkbox"/>	DIRETTA (la realizzazione del piano è gestita dal comune di residenza del destinatario del piano)
<input type="checkbox"/>	INDIRETTA (la realizzazione del piano è affidata alla famiglia) attraverso:
<input type="checkbox"/>	assunzione diretta di un operatore in base al CCN di lavoro domestico
<input type="checkbox"/>	convenzione con un libero professionista o cooperative / associazioni operanti nel settore.

Silius, li _____

Firma leggibile o digitale del dichiarante

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a

Cognome	
Nome	
Luogo di nascita	
Data di nascita	
Codice fiscale	

In qualità di:

- destinatario del piano
- incaricato della tutela
- titolare della responsabilità genitoriale
- amministratore di sostegno della persona destinataria del piano:

Cognome _____ Nome _____ Cod. Fisc. _____

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 per i casi dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

che la persona destinataria del piano ha percepito nell'anno 2023 i seguenti emolumenti:

n.	Descrizione beneficio	Importo annuale
1	Pensione Invalidità civile	€
2	Indennità di frequenza	€
3	Indennità di accompagnamento	€
4	Assegno sociale	€
5	Pensioni o indennità INAIL	€
6	Indennità o pensione per causa di guerra o servizio	€
7	L.R. n. 27/83 – Provvidenze a favore dei talassemici, degli emofilici e degli emolinfopatici maligni	€
8	L.R. n. 11/85 – Provvidenze a favore dei nefropatici	€
9	L.R. n. 20/97 – Provvidenze a favore di persone affette da patologie psichiatriche	€
10	L.R. n. 9/2004 – Provvidenze a favore di persone affette da neoplasie maligne	€
11	Altri contributi da Comuni e Aziende ASL	€
12	Altro (specificare)	€
TOTALE		€

Silus, _____

Firma leggibile o digitale del dichiarante
_____**Allegati**

- Copia verbale attestante il possesso del requisito L. 104/92 articolo 3, comma 3 (handicap grave)
- Dichiarazione sostitutiva dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) del nucleo Familiare dell'assistito in corso di validità oppure copia dell'ISEE
- Scheda Salute debitamente compilata dal medico di medicina generale o da uno specialista di una struttura pubblica di cui all'allegato B – DGR 34/30 del 18/10/2010
- Fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità di chi presenta la domanda
- Fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità del destinatario del Piano;
- Fotocopia tessera sanitaria (codice fiscale) di chi presenta la domanda
- Fotocopia tessera sanitaria (codice fiscale) del destinatario del Piano;
- copia conforme all'originale del decreto di nomina a tutore o curatore o amministratore di sostegno
- Documentazione comprovante le particolari condizioni di disagio dichiarate
- Documentazione attestante il possesso del requisito di "disabilità congenita"
- Copia IBAN per l'accredito delle somme da rimborsare NECESSARIAMENTE intestato al beneficiario