

**OGGETTO: LEGGE 162/98- MODULO NUOVA ISTANZA/RIVALUTAZIONE PIANI PERSONALIZZATI ANNUALITA' 2024**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nata/o a \_\_\_\_\_  
 il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
 in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
 codice fiscale \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_,

**CHIEDE**

- NUOVA ISTANZA**  
 **RIVALUTAZIONE PIANO PERSONALIZZATO**

del piano personalizzato di sostegno ai sensi della Legge 162/1998 Annualità 2024

- In suo favore  
 In favore del sig./sig.ra/ minore \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a  
 Serdiana in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
 codice fiscale \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_;

A tal fine **DICHIARA**, per sé o per l'avente diritto, (ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000) **sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci:**

Nel caso in cui non sia beneficiario diretto, di essere:

- genitore,  
 esercente la potestà o tutela,  
 familiare,  
 amministratore di sostegno del sig./sig.ra/minore per il quale si richiede il riconoscimento del beneficio.

di essere, o che il beneficiario diretto è stato, riconosciuto "portatore di handicap in situazione di gravità" ai sensi della **legge 5 maggio 1992, n. 104 art. 3 comma 3**, e che la certificazione è stata rilasciata entro non oltre la data del **31/03/2023**;

che l'handicap grave del destinatario è:

- congenito  
 insorto entro i 35 anni per patologia acquisita  
 insorto dopo i 35 anni

che nell'anno 2023, i **permessi lavorativi** retribuiti, concessi ai sensi dell'art. 33, comma 3 della Legge 104/92, sono stati fruiti dal/la sig./sig.ra:

Cognome Nome	Grado di parentela con il beneficiario	Datore di lavoro	n. ore fruiti nel 2023	n. giorni fruiti nel 2023	Recapito telefonico

che il nucleo anagrafico del destinatario del piano è composto da:

Cognome e nome	Grado di parentela con il beneficiario	Gravi e documentate condizioni di salute (si/no)	Beneficiario L. 162/98		N. ore giornaliere dedicate all'assistenza del beneficiario
			(si/no)	gestione (diretta/indiretta)	

che la persona destinataria del piano necessita di n. \_\_\_\_\_ ore giornaliere di assistenza.

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

Descrizione	Importo mensile	n. mesi percepiti	Importo annuale
Pensione Invalidità civile			
Indennità di frequenza			
Indennità di accompagnamento			
Assegno sociale			
Pensioni o indennità INAIL			
Altri contributi da Aziende ASL			
Altro (specificare)			

che nell'anno 2023 ha fruito dei seguenti servizi pubblici:

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 associazioni regolarmente convenzionate			
Assistenza domiciliare integrata			
Frequenza centri diurni (ANFFAS, Alzheimer, ecc.)			
Ricovero, soggiorno e/o accoglienza in struttura pubblica o privata			
Frequenza centri di aggregazione sociale comunali			
Trasporto			
Altri servizi (sport terapia, ecc.)			

che nell'anno 2023 il carico familiare è stato alleggerito da:

Descrizione	Soggetto erogatore	n. ore settimanali	n. settimane annuali
Occupazione svolta dal beneficiario del piano			
Frequenza scolastica beneficiario del piano			
Asilo nido/scuola beneficiario del piano			
Corsi di formazione beneficiario del piano			
Fisioterapia beneficiario del piano			
Assistenza domiciliare erogata da enti pubblici o associazioni regolarmente convenzionate			
Assistenza domiciliare integrata			
Frequenza centri diurni (ANFFAS, Alzheimer, ecc)			
Permesso dal lavoro per L. 104/92 (art. 33 Comma 3)			
Ricovero, soggiorno e/o accoglienza in struttura pubblica o privata			
Frequenza centri di aggregazione sociale comunali			
Servizio di Trasporto per spostamenti vari			
Altri servizi (sport, terapia, ecc.)			

che nell'anno 2023 il beneficiario ha usufruito delle seguenti provvidenze: (barrare la casella di interesse)

- L.R. n. 27/83 – Provvidenze a favore dei talassemici, degli emofilici e degli emolinfopatici maligni
- L.R. n. 11/85 – Provvidenze a favore dei nefropatici
- L.R. n. 12/85 – Trasporto disabili
- L.R. n. 20/97 – Provvidenze a favore di persone affette da patologie psichiatriche
- L.R. n. 9/2004 – Provvidenze a favore di persone affette da neoplasie maligne

Che la tipologia di intervento richiesto è la seguente:

- a) servizio educativo per n. ore \_\_\_\_\_ qualifica operatore \_\_\_\_\_
- b) assistenza domiciliare per n. ore \_\_\_\_\_ qualifica operatore \_\_\_\_\_
- c) accoglienza presso centri diurni e centri diurni integrati autorizzati ai sensi della normativa vigente in materia di residenze sanitarie assistenziali, limitatamente al pagamento della quota sociale.
- d) soggiorno per non più di 30 giorni nell'arco di un anno presso strutture autorizzate ai sensi della normativa vigente o presso residenze sanitarie assistenziali autorizzate, limitatamente al pagamento della quota sociale.
- e) attività sportiva e/o di socializzazione

Che la gestione è:

- diretta (la realizzazione del piano è gestita dal comune di residenza del destinatario del piano)
- indiretta (la realizzazione del piano è affidata alla famiglia)

- di essere consapevole che per ciascun piano, sia in gestione diretta sia indiretta, deve essere acquisita e custodita dal Comune, per successivi riscontri, la documentazione contabile finanziaria dei servizi erogati. I servizi del progetto personalizzato non possono essere affidati a parenti conviventi né a quelli indicati all'art. 433 del codice civile;
- di essere a conoscenza del fatto che l'Amministrazione Comunale, ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000, potrà disporre controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese;

- di autorizzare il Comune di Serdiana al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs 101 del 10/08/2018 ai fini del programma oggetto della presente istanza;

che nel caso di riconoscimento dei benefici di cui all'oggetto, chiede che i rimborsi vengano erogati:

- in quietanza diretta al Banco di Sardegna al beneficiario/amministratore di sostegno/tutore \_\_\_\_\_
- sul conto intestato al beneficiario/amministratore di sostegno/tutore \_\_\_\_\_  
IBAN \_\_\_\_\_
- al delegato \_\_\_\_\_ (*allegare delega firmata dal beneficiario/amministratore di sostegno/tutore, corredata di documento e tessera sanitaria del delegato*)

**Allega alla presente:**

- ⇒ copia di un documento d'identità in corso di validità e del codice fiscale del dichiarante e, se diverso, del destinatario del piano.
- ⇒ copia certificato **ISEE 2024 "Sociosanitario"** (art. 6 del DPCM n. 159/2013);
- ⇒ eventuale fotocopia del Decreto di nomina di Tutore o Amministratore di sostegno rilasciato dal competente Tribunale;
- ⇒ **scheda Salute (Allegato B)**, compilata e firmata dal Medico di Medicina Generale o Pediatra di libera scelta e/o altro medico di struttura pubblica o Medico convenzionato, che ha in cura la persona con disabilità (*solo in caso di nuova istanza o aggravamento*)
- ⇒ certificazione di riconoscimento della condizione di handicap ai sensi dell'art. 3, comma 3, della L. 104/92 (*solo in caso di nuova istanza o certificazione scaduta*);
- ⇒ Autocertificazione capacità economica con valenza statistica (Allegato D)

Luogo e data \_\_\_\_\_

**Firma del dichiarante**

\_\_\_\_\_

**ATTENZIONE**

Il presente modulo di domanda dovrà essere debitamente compilato in ogni sua parte, sottoscritto e corredato di tutta la documentazione sopra elencata.

La mancata compilazione anche parziale del modulo e/o la presentazione incompleta dei documenti richiesti comporterà la non ammissione al beneficio.