

**OGGETTO: LEGGE 162/1998 – 2022. RICHIESTA DI PREDISPOSIZIONE NUOVO PIANO
PERSONALIZZATO DI SOSTEGNO PER PORTATORI DI HANDICAP GRAVE AI SENSI DELLA LEGGE
104/1992.**

IL/LA SOTTOSCRITT_ _____ NAT_ A _____ PROV. () IL ___ / ___ / ___
E RESIDENTE A _____ PROV. () IN VIA _____ N ___
DOMICILIAT_ A _____ PROV. () IN VIA _____ N ___
CODICE FISCALE _____ TEL. _____

IN QUALITÀ DI:

- DESTINATARIO DEL PIANO PERSONALIZZATO
 FAMILIARE DI RIFERIMENTO DEL DESTINATARIO DEL PIANO PERSONALIZZATO

SPECIFICARE GRADO DI PARENTELA _____

(IN QUESTO CASO COMPILARE DI SEGUITO CON I DATI DEL DESTINATARIO DEL PIANO PERSONALIZZATO)

SIG. _____ NAT_ A _____ PROV. () IL ___ / ___ / ___
RESIDENTE A _____ PROV. () IN VIA _____ N ___
DOMICILIAT_ A _____ PROV. () IN VIA _____ N ___
CODICE FISCALE _____ TEL. _____

CHIEDE

CHE VENGA PREDISPOSTO IL PIANO PERSONALIZZATO AL FINE DI POTER ACCEDERE AI BENEFICI DI CUI ALLA LEGGE N. 162 DEL 21/05/1998.

A TALE FINE ALLEGA:

- FOTOCOPIA DEL VERBALE** ATTESTANTE LA CONDIZIONE DI PORTATORE DI HANDICAP GRAVE AI SENSI DELLA LEGGE 104/92 ART. 3 COMMA 3 POSSEDUTA ENTRO IL 31/03/2022;
- CERTIFICAZIONE ISEE 2022;**
- ALLEGATO B** (SCHEDA SALUTE) IN ORIGINALE, COMPILATO, DATATO E SOTTOSCRITTO DAL MEDICO DI MEDICINA GENERALE O DA ALTRO MEDICO SPECIALISTA DI STRUTTURA PUBBLICA CHE HA IN CARICO IL PAZIENTE;
- ALLEGATO D** SOTTOSCRITTO DAL DISABILE BENEFICIARIO DEL PIANO PERSONALIZZATO.
- FOTOCOPIA DEI DOCUMENTI D'IDENTITÀ E DEL CODICE FISCALE** DEL DICHIARANTE E DEL DISABILE BENEFICIARIO DEL PIANO.

DICHIARA INOLTRE

AI SENSI DEGLI ARTICOLI 46 E 47 DEL D.P.R. 445 DEL 28.12.2000 E CONSAPEVOLE CHE IN CASO DI DICHIARAZIONE MENDACE SARÀ PUNITO AI SENSI DEI CODICE PENALE SECONDO QUANTO PRESCRITTO DALL'ART. 76 DEL SUCCITATO D.P.R. 445/2000 E CHE, INOLTRE, QUALORA DAL CONTROLLO EFFETTUATO EMERGA LA NON VERIDICITÀ DEL CONTENUTO DI TALUNA DELLE DICHIARAZIONI RESE, DECADRÀ DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EVENTUALMENTE EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA (ART. 75 D.P.R. 445/2000)

SERVIZI FRUITI DAL DISABILE NELL'ANNO 2021	SOGGETTO EROGATORE	ORE SETTIMANALI	SETTIMANE ANNUALI
Inserimento Socio lavorativo			
Asilo Nido			
Fisioterapia			
Assistenza domiciliare erogata da enti pubblici			
ADI			
Frequenza centri diurni pubblici			
Ricovero/Soggiorno in struttura pubblica o privata superiore ai 30 giorni (ospedale, RSA, strutture riabilitative, comunità anziani e diisabili,ecc)			
Frequenza centri di aggregazione comunali			
Altri servizi (sport terapia, ecc...)			

CARICO ASSISTENZIALE NELL'ANNO 2021	SOGGETTO EROGATORE	ORE SETTIMANALI	SETTIMANE ANNUALI
Lavoro			
Asilo Nido			
Frequenza scolastica			
Scuola materna			
Frequenza corsi formazione			
Fisioterapia			
Frequenza Centri Diurni			
Frequenza centri di aggregazione			
Permessi l. 104 art. 3 co 3 (interessato e conviventi)			
Ricovero/soggiorno in struttura pubblica o privata superiori ai 30 giorni (ospedale, RSA, strutture riabilitative, comunità anziani e diisabili,ecc)			
Altro			

Lo scrivente dichiara di essere informato, ai sensi del Regolamento U.E. n. 679/2016 (G.D.P.R.) 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 al trattamento dei dati personali e sensibili necessari per lo svolgimento della pratica.

ITTIRI, _____

Firma _____