

RICHIESTA PROROGA Legge n. 162/98

Piani personalizzati di sostegno a favore di persone con handicap grave

Deliberazione G.R. n. 50/44 del 28/12/2021

SCADENZA 08/04/2022

Comune di Girasole

Servizio Sociale

Via Nazionale, 21

08040 Girasole

Il/La _____ sottoscritto/a _____ nato/a

a _____

il ___/___/___/ residente in Girasole, Via/P.zza _____ n.

c.a.p. _____

Codice fiscale

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

Numero di telefono (cellulare)

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

E-MAIL _____@_____._____

Domicilio (**se diverso dalla residenza**): Via _____ n° _____

Città _____ CAP _____

In qualità di:

- destinatario tutore titolare della potestà genitoriale amministratore di sostegno
- familiare responsabile (specificare il rapporto di parentela)

del/della sig./ra _____ nato/a

il _____ residente a Girasole in Via

/P.zza _____ n. _____

c.a.p. _____ Domicilio (**se diverso dalla residenza**): Via _____ n° _____

Città _____ CAP _____ Codice Fiscale _____

Numero di telefono (cellulare) _____

A tal fine il/la sottoscritto/a consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, 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. 75 del medesimo D.P.R. n. 445/2000 in merito alla decadenza dei benefici in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

La volontà di prosecuzione del piano personalizzato ai sensi della Legge n. 162/98
Annualità 2022

Cognome _____ Nome _____

- Minore (anni 0-17) Adulto (anni 18-64) Anziano (anni 65 e oltre)

1. Età del disabile: _____

Data rilascio L. 104/1992, art. 3 comma 3: __/__/__ Data accert. art. 3, c. 3 L. 104/1992:
__/__/__

Handicap grave congenito o comunque insorto entro i 35 anni d'età: SI NO

Che il proprio nucleo familiare è così costituito

Nome e Cognome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela

Che all'interno del nucleo anagrafico del destinatario del piano

- sono presenti familiari in gravi e documentate condizioni di salute (allegare la certificazione sanitaria)
 non sono presenti familiari in gravi e documentate condizioni di salute.

Che all'interno del nucleo anagrafico del destinatario del piano:

- sono presenti familiari che usufruiscono dei permessi dal lavoro ai sensi della L. 104/92.
- non sono presenti familiari che usufruiscono dei permessi dal lavoro ai sensi della L.104/92.

CONFERMA

tutti i dati/informazioni inseriti nella Scheda Sociale sottoscritta nell'anno 2021 relativa a

- Servizi fruiti settimanalmente del destinatario del piano**
- Carico assistenziale familiare**
- Particolari situazioni di disagio**
- Tipologia di intervento richiesto**

Oppure

- NON CONFERMA la Scheda Sociale sottoscritta nell'anno 2021**

AVVERTENZE

Il Comune di Girasole si riserva di effettuare verifiche sulle dichiarazioni rese nella presente domanda e di segnalare eventuali difformità alle autorità competenti.

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

- 1. ISEE compreso della DSU, di cui all'art 1, comma 1, lett. f, del DPCM N. 159/2013 (Socio sanitario).**
- 2. copia del documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del dichiarante e del destinatario del piano;**
- 3. dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà' (Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) redditi esenti IRPEF (All. D)**
- 4. dichiarazione attestante la fruizione di permessi L. 104/92 da parte di familiari conviventi con il destinatario del piano;**
- 5. Scheda Salute (All. B), solo in caso di aggravamento, compilata dal medico di medicina generale**
- 6. Certificazione medica attestante la condizione di gravità di salute di familiari appartenenti al nucleo del destinatario del piano.**

NOTE

Solo nel caso in cui il richiedente sia il tutore, curatore o amministratore di sostegno del destinatario del piano caso, produrre copia del decreto.

Girasole, li' _____

Firma
