

**OGGETTO: L.162/98 PIANI PERSONALIZZATI IN FAVORE DI PERSONA CON  
DISABILITA' GRAVE (Legge 104/92 art. 3, comma 3.)  
NUOVA ISTANZA - ANNUALITA' 2024**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nata/o a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_,

**CHIEDE**

di accedere al finanziamento per l'attivazione di un nuovo piano personalizzato di sostegno ai sensi della Legge 162/1998 per l'annualità 2024 (attivabile da maggio 2024)

In suo favore

In favore del sig./sig.ra/ minore \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente

a Donori in Piazza/Via/Vico \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_;

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 (in questo caso, per nuovi piani e aggiornamenti, allegare delega *Allegato C*)

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 **31/03/2024**;

❖ Che nell'anno 2023:

nessun familiare ha usufruito di permessi lavorativi retribuiti, concessi ai sensi dell'art. 33, comma 3 della Legge 104/92;

un familiare ha usufruito dei permessi lavorativi retribuiti, concessi ai sensi dell'art. 33, comma 3 della Legge 104/92 (compilare la tabella sottostante):

Cognome Nome del familiare che ha usufruito dei permessi	Grado di parentela col beneficiario	Datore di lavoro	n. ore fruito 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	Età	Gravi e documentate condizioni di salute (si/no)	Beneficiario L. 162/98 (si/no)	N. ore giornaliere dedicate all'assistenza del beneficiario
1. BENEFICIARIO	-----	-----	-----	-----	-----
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

❖ 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 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 il valore dell'ISEE SOCIOSANITARIO 2024 è di € \_\_\_\_\_;

- ❖ Che nel caso di riconoscimento dei benefici di cui all'oggetto, chiede che i rimborsi vengano erogati:
  - in quietanza diretta al beneficiario/delegato/amministratore di sostegno/tutore (riscossione in contanti) Nome Cognome \_\_\_\_\_
  - sul conto intestato al beneficiario (necessariamente un **conto tutela** se si tratta di beneficiario con amministrazione di sostegno/tutela)

IBAN \_\_\_\_\_

**\*\*non è possibile indicare un libretto postale per l'accredito del beneficio**

#### **Dichiara inoltre:**

- ❖ 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.
- ❖ di essere consapevole che 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 essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

#### **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;
- Eventuale fotocopia del Decreto di nomina di Tutore o Amministratore di sostegno rilasciato dal competente Tribunale (eventuali nuove nomine);
- 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 aggravamento);
- Eventuale Delega (Allegato C) per la gestione del piano da parte di un familiare;
- Certificazione di riconoscimento della condizione di handicap ai sensi dell'art. 3, comma 3, della L. 104/92 (solo in caso certificazione scaduta);
- Certificazioni sanitarie attestanti gravi patologie di familiari conviventi;
- Fotocopia del Codice IBAN per l'erogazione del contributo (con indicato l'intestatario del conto).

Luogo e data \_\_\_\_\_ *Firma del dichiarante* \_\_\_\_\_

**Informativa sul trattamento dei dati**

Con Decreto sindacale del Comune di Donori n. 17 del 14/11/2022 è stato designato il nuovo Responsabile della Protezione dei Dati (RPD) per il Comune di Donori, ai sensi e per gli effetti degli artt. 37, 38 e 39 del Regolamento (UE) 2016/679 (cd. GDPR) con validità fino al 31/10/2023.

Il Decreto sindacale citato, i dati di contatto e l’informativa sul trattamento dei dati personali sono pubblicati sul sito istituzionale dell’ente nella sezione “Amministrazione Trasparente” / sotto-sezione “Dati ulteriori” / “Privacy” raggiungibile al link:

<https://www.comune.donori.ca.it/trasparenza/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/dati-ulteriori/privacy.html>

Luogo e data \_\_\_\_\_ *Firma del dichiarante* \_\_\_\_\_