

**AL RESPONSABILE
DELL'UFFICIO DI SERVIZIO SOCIALE
DEL COMUNE DI VILLA VERDE**

OGGETTO:	L. 162/98 - Richiesta di predisposizione piano personalizzato di sostegno a favore di persona con handicap grave. Programma Annualità 2025 – Periodo MAGGIO/DICEMBRE 2025.
-----------------	---

Il/La sottoscritto/a.....nato/a a.....
il.....residente a
in via.....n°.....Tel.....
Cellulare

Codice Fiscale

consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del 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)

in qualità di

☐ destinatario del piano

o

☐ incaricato della tutela

☐ titolare della potestà genitoriale

☐ amministratore di sostegno

☐ familiare di riferimento: _____,

(Grado di parentela)

della persona destinataria del piano

CHIEDE

che venga predisposto un piano personalizzato di sostegno ai sensi della L. 162/98 – Programma Anno 2025 - periodo MAGGIO/DICEMBRE 2025:

☐ in suo favore

☐ in favore del/della Sig./ra nato/a
a..... il.....residente a Villa Verde in
via.....n°.....Tel.....

Codice Fiscale

secondo i criteri e le modalità di cui alla normativa vigente, per l'attivazione del seguente intervento:

- ☐ Servizio educativo (solo per infrassentacinquenni)
- ☐ Assistenza personale o domiciliare
- ☐ Soggiorno per non più di 30 giorni nell'arco di un anno presso strutture autorizzate ai sensi dell'art. 40 della L.R. 23/2005 o presso residenze sanitarie assistenziali autorizzate, limitatamente al pagamento della quota sociale
- ☐ 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
- ☐ attività sportive e/o socializzazione (solo per infrassentacinquenni): _____

(specificare)

A tal fine **DICHIARA** (barrare le voci che interessano):

- che il destinatario del Piano Personalizzato ex Legge n. 162/1998:
- ☐ è in possesso della certificazione definitiva attestante la condizione di handicap grave di cui alla Legge 104/92, art. 3, comma 3, rilasciata in data ____/____/____ di cui si allega copia;
- ☐ è in possesso della dichiarazione della competente Commissione che ha visitato la persona con disabilità in data ____/____/____ attestante il riconoscimento dello stato di handicap grave di cui all'rt. 3 comma 3 della L. n° 104/92 rilasciata in data ____/____/____ di cui si allega copia;
- ☐ è in possesso della certificazione attestante la condizione di handicap grave ai sensi della Legge n° 104/1992, art. 3, comma 3, di cui si allega copia (solo per i minori sotto i 18 anni per i quali è prevista la revisione periodica dello stato di disabilità);
- ☐ di avere beneficiato del Piano personalizzato Programma 2024;
- ☐ che il finanziamento richiesto verrà utilizzato per le finalità di cui alla Legge n° 162/1998 e che l'intervento da realizzarsi garantirà servizi nell'arco temporale stabilito dalla RAS;
- ☐ che l'handicap grave del destinatario è congenito o insorto prima del compimento dei 35 anni di età, come risulta dall'allegato E, compilato dal Medico di Medica Generale o dal Pediatra e/o altro medico della struttura pubblica che ha in carico il paziente;
- ☐ che non sono sopraggiunte modifiche nelle condizioni di salute del destinatario e pertanto si conferma la "Scheda Salute" trasmessa per la predisposizione del piano personalizzato nell'anno 2024 e già agli atti dell'Ufficio;

- ☐ che la patologia del destinatario comporta una invalidità del 100% come da certificato di invalidità allegato;
- ☐ che il Reddito ISEE 2025 del solo beneficiario del piano è pari a € _____ di cui si allega copia della certificazione in corso di validità rilasciata da CAF autorizzato;
- ☐ di essere disponibile a ricevere eventuali comunicazioni tramite e.mail al seguente indirizzo di posta elettronica: _____
- ☐ di aver preso visione della nota informativa sui criteri di accesso per la predisposizione del piano personalizzato Legge 162/98
- ☐ che il destinatario del piano L. 162/98 **nel corso dell'anno 2024** ha usufruito dei seguenti servizi (non vanno indicati i servizi erogati con i fondi della L. 162/98, l'assistenza scolastica di base stabilita e garantita per legge dalla L. 104/92, né i servizi pagati privatamente e interamente dalle famiglie). L'elenco dei servizi fruiti nella tabella sotto riportata è a titolo puramente esemplificativo ma non esaustivo di tutti i possibili servizi che, se non riportati in elenco, dovranno essere cumulati e le relative ore riportate nell'ultima riga della tabella – altri servizi fruiti.

Servizio fruito	Soggetto erogatore	N. ore settimanali	N. ore annuali
Inserimento socio lavorativo, servizio civile			
Asilo Nido			
Fisioterapia			
Assistenza domiciliare erogata da enti pubblici o da associazioni regolarmente convenzionate			
Assistenza domiciliare integrata			
Frequenza centri diurni (ANFFAS, Alzheimer ecc.)			
Ricovero, soggiorno e/o accoglienza in struttura pubblica o privata per più di 30 giorni consecutivi			
Frequenza centri di aggregazione sociale comunali			
Trasporto			
Altri servizi			

Dichiara, inoltre, che in caso di finanziamento del piano personalizzato sceglierà la gestione:

- ☐ DIRETTA (la realizzazione del piano è gestita dal Comune di Villa Verde)
- ☐ INDIRETTA (la realizzazione del piano è affidata alla famiglia attraverso l'assunzione di un operatore o a mezzo convenzione con Cooperative o Associazioni)

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

(barrare le voci che interessano)

- ☐ Certificazione della commissione per l'accertamento delle invalidità civili attestante la condizione di gravità permanente (L.104/92, art. 3, comma 3°). Si prescinde dalla presentazione di certificazione attestante la condizione di gravità qualora la stessa sia stata già presentata in anni precedenti e risulti ancora valida
- ☐ Dichiarazione ISEE 2025 (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) riferita alle **Prestazioni socio-sanitarie** con relativi allegati;
- ☐ Scheda di salute debitamente compilata e sottoscritta a cura del medico di Medicina Generale (allegato B);
- ☐ (Solo per i destinatari del piano di età uguale o superiore ai 35 anni nel caso di handicap grave congenito o comunque insorto prima dei 35 anni) Allegato E compilato dal Medico di Medicina Generale o dal Medico di struttura pubblica o dal Medico convenzionato che ha in cura il paziente o alta documentazione sanitaria attestante che l'handicap grave è congenito o insorto prima dei 35 anni;
- ☐ Scheda sociale (la cui compilazione compete all'assistente sociale in collaborazione con il destinatario del piano o l'incaricato della tutela o titolare della patria potestà o amministratore di sostegno) + Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante la veridicità delle informazioni riportate nella Scheda Sociale – (Allegato C);
- ☐ Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante gli emolumenti percepiti nell'anno 2024 - (allegato D);
- ☐ Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà di chi non sa o non può firmare né dichiarare – (allegato G);
- ☐ Fotocopia documento d'identità in corso di validità;
- ☐ Fotocopia Codice Fiscale o Tessera Sanitaria;
- ☐ Fotocopia della documentazione attestante l'eventuale nomina di tutore o di amministratore di sostegno;
- ☐ Nel caso di genitori separati o divorziati, qualora uno dei due abbia l'affidamento esclusivo del minore è necessario produrre atto di separazione o di divorzio dove viene disposto il medesimo affidamento esclusivo; qualora invece di tratti di affidamento congiunto, il genitore richiedente dovrà essere delegato mediante delega formale, da autenticare presso gli uffici preposti, per la presentazione, predisposizione e gestione del piano da parte dell'altro genitore;

- ☐ INFORMATIVA EFFETTUATA AI SENSI DELL'ART. 13 REGOLAMENTO (UE) 2016/679 (RGDP)

Ai fini del riconoscimento del punteggio spettante si allegano i seguenti documenti (barrare le voci che interessano):

- ☐ certificato di invalidità del destinatario del piano (da produrre solo in caso di riconoscimento di invalidità pari al 100%)
- ☐ nel caso di presenza all'interno del nucleo familiare del disabile di familiari affetti da gravi patologie, recente ed esaustiva certificazione medica attestante che il familiare è affetto da grave patologia;
- ☐ dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dalla quale risulti l'eventuale fruizione, da parte di uno o più familiari del disabile, **conviventi**, di permessi lavorativi retribuiti ai sensi della Legge 104/92, con la specificazione del soggetto erogatore (datore di lavoro), delle ore settimanali e annuali e del numero di settimane fruito) – (Allegato F)

Villa Verde, _____

Firma _____

MODALITA' DI PAGAMENTO

Nel caso di esito positivo della domanda, si chiede e si autorizza alla liquidazione e pagamento del contributo spettante con una delle seguenti modalità (barrare la casella che interessa):

- ☐ ACCREDITO SU C/C BANCARIO o POSTALE o CARTA intestato e/o cointestato a sé medesimo (ALLEGARE COPIA IBAN)
- ☐ RIMESSA DIRETTA in proprio favore (possibile solo per importi inferiori a € 1.000,00)
- ☐ RIMESSA DIRETTA IN FAVORE DI PERSONA DELEGATA (compilare l'apposito spazio sottostante)

DELEGA ALLA RISCOSSIONE

Da compilare solo ed esclusivamente nel caso in cui si richiede il pagamento del beneficio a favore di persona diversa dal richiedente

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____

residente a _____

in via _____ n. _____

Codice Fiscale

Telefono _____ Cellulare _____

IN QUALITÀ

di beneficiario/a e/o _____ del beneficiario/a dei contributi relativi al
"Piano personalizzato di sostegno ai sensi della L. 162/98 annualità 2024

DELEGA ALLA RISCOSSIONE

dei contributi predetti, il/la Sig./Sig.ra:

Cognome e nome _____

nato/a a _____

residente a _____

in via _____ n. _____

Codice Fiscale

Data _____

Il Delegante

Spazio riservato al pubblico ufficiale addetto alla autenticazione della sottoscrizione

Comune di Villa Verde

Ufficio Servizio Sociale

Io sottoscritto/a attesto che la delega su estesa è stata resa in mia presenza dal dichiarante sopra
generalizzato e identificato mediante:

Carta d'identità n° _____

Rilasciata da _____

Il _____

e con scadenza in data _____

ai sensi dell'art. 21 D.P.R. 445/2000

Data _____

Il Pubblico ufficiale

Spazio riservato all'Ufficio Servizi Sociali

Visto di regolarità della documentazione presentata:

Data _____ Assistente Sociale _____