

**Domanda da presentare entro
12.03.2024**

Prot. n. _____ del _____

**Al Responsabile del Servizio Sociale
del Comune di Perfugas**

OGGETTO: Legge n. 162/98 – DOMANDA RINNOVO Piani personalizzati in favore di persone con disabilità grave ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/92, in essere alla data del 31.12.2023 - (Periodo dal 01.05.2024 al 31.12.2024).

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ prov. _____
il _____ residente a _____ Via/Piazza _____
n° _____ cap. _____ tel. _____ cell. _____
Codice fiscale _____ e-mail _____

in qualità di *(barrare la voce che interessa)*

☐ destinatario del piano ☐ genitore ☐ figlio/figlia ☐ tutore

oppure in qualità di:

☐ incaricato/a della tutela ☐ titolare della potestà genitoriale ☐ amministratore di sostegno
☐ altro _____ della persona destinataria del piano

CHIEDE

IL RINNOVO del piano personalizzato di sostegno ai sensi della L. n. 162/98, da realizzarsi nell'anno 2024,

☐ in suo favore

☐ in favore del/la Sig./ra _____ nato/a a _____

prov. _____ il _____ residente a Perfugas in Via/Piazza _____

n° _____ tel. _____ cellulare _____

Codice fiscale _____

Indirizzo e-mail _____

Riconosciuto disabile grave ai sensi dell'art.3, comma 3, della L. 104/92 e già beneficiario del Piano Personalizzato di cui alla L. 162/98.

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 dello stesso DPR 445/2000 .

DICHIARA

☒ che il valore **ISEE 2024** rilasciato ai sensi delle modifiche apportate al DPCM n.159/2013 introdotte dalla Legge n. 89 del 26 maggio 2016 art. 2 sexies è pari a € _____

☒ Che il nucleo familiare del/la destinatario/a del Piano è residente nel Comune di Perfugas in Via /Piazza _____ n° _____ ed è così composto:

n°	Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto con il destinatario del piano
1				
2				
3				
4				
5				
6				

☒ Che il **CODICE IBAN intestato al beneficiario del piano** sul quale accreditare il finanziamento è il seguente:

Paese	Cin Eur	Cin	ABI	CAB	Numero conto corrente

☒ di essere a conoscenza che sui dati dichiarati ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. n. 445 del 2000; nel caso di erogazione di una prestazione sociale agevolata, potranno essere eseguiti controlli, diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite ed effettuati, da parte della Guardia di Finanza presso gli istituti di credito e gli altri intermediari finanziari che gestiscono il patrimonio mobiliare, ai sensi dell'art 4, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, e 6, comma 3, del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 7 maggio 1999, n. 221, e successive modificazioni; potranno essere effettuati controlli sulla veridicità della situazione familiare dichiarata e confronti dei dati reddituali e patrimoniali con i dati in possesso del sistema informativo del Ministero della Finanze.

A tal fine, allega alla presente la seguente documentazione:

- ☐ **Copia rinnovo contratto di lavoro** (lettera di assunzione) stipulato con la ☐ Cooperativa Sociale ☐ Educatore Professionale ☐ Assistente familiare ☐ altro _____ (barrare la voce che interessa);
- ☐ **Copia denuncia INPS di rapporto di lavoro domestico;**
- ☐ **ISEE 2024 socio-sanitario**, rilasciato ai sensi delle modifiche apportate al DPCM n.159/2013 introdotte dalla Legge n. 89 del 26 maggio 2016 art. 2;
- ☐ **Certificato pensioni Inps** anno 2023 (Modulo Obis M);
- ☐ **Dichiarazione sostitutiva** dell'atto di notorietà con indicazione dei redditi esenti IRPEF percepiti nell'anno 2023 (Allegato D – Modulo RAS);
- ☐ **Scheda Salute** (Allegato B – Modulo RAS) debitamente compilata e sottoscritta a cura del medico di Medicina Generale, da un Pediatra di Libera scelta o da altro Medico di struttura pubblica o convenzionato che ha in cura la persona con disabilità **(da presentarsi solo in caso di aggravamento della situazione sanitaria);**
- ☐ **Copia** documento d'identità e del codice fiscale, in corso di validità, del destinatario del piano e del richiedente;
- ☐ **Certificato di disabilità grave** rilasciato dalla Commissione per l'accertamento della disabilità operante in seno all'ASL, ai sensi della Legge n. 104/92, articolo3, comma 3;
- ☐ **Copia del Codice IBAN del destinatario del piano** per il rimborso delle spese sostenute;
- ☐ **Informativa trattamento dati personali** firmata (articolo 13 del Regolamento U.E. 2016/679).

- ☐ **Dichiarazione personale assunto per la realizzazione del piano personalizzato di cui alla L. 162/9898 (ALLEGATO E).**

Altresì, allega i seguenti documenti:

- ☐ **certificazione medica** recente ed esaustiva attestante che all'interno del nucleo familiare del disabile siano presenti familiari affetti da gravi patologie;
- ☐ **Dichiarazione sostitutiva** dell'atto di notorietà dalla quale risulti l'eventuale fruizione, nell'anno 2023, da parte dei familiari del disabile, nonché da parenti o affini entro il terzo grado, **conviventi**, di permessi lavorativi retribuiti previsti ai sensi dell'articolo 33 comma 3 della Legge 104/92, per l'assistenza alla persona con disabilità, con la specificazione del soggetto erogatore (datore di lavoro), delle ore settimanali e del numero delle settimane annuali fruite;
- ☐ **Certificato rilasciato dall'Istituto scolastico frequentato**, dal quale risulti il numero delle ore settimanali di frequenza scolastica, il numero delle settimane annuali, n. giorni/ore di assenza, in riferimento al periodo gennaio-dicembre 2023 (in alternativa presentare dichiarazione sostitutiva);
- ☐ **Certificato rilasciato dal Centro di Fisioterapia** dal quale, risulti il numero delle ore settimanali ed il numero delle settimane annuali in riferimento al periodo gennaio-dicembre 2023 (in alternativa presentare dichiarazione sostitutiva).

Il sottoscritto, si impegna, in sede di colloquio fissato dall'Operatore Sociale a collaborare con lo stesso per la compilazione della **Scheda Sociale (Allegato C – Modulo RAS)** ed a rilasciare la Dichiarazione sostitutiva RAS dell'atto di notorietà acclusa **all'Allegato C)** attestante la veridicità delle informazioni riportate nella Scheda Sociale.

PERFUGAS, _____

FIRMA

N.B.:

- L'articolo 12, comma 2, del decreto-legge 6 dicembre 2011 n. 201 convertito, con modificazioni, dalla legge 22 dicembre 2011, n. 214, prevede il divieto per le pubbliche amministrazioni di effettuare pagamenti con denaro contante per un importo superiore a 1.000 euro. Pertanto, per importi **superiori a 1.000,00** euro relativi i rimborsi di cui all'oggetto, è necessario **richiedere a questo Comune esclusivamente il pagamento tramite Bonifico Bancario o Postale intestato al beneficiario del Piano Personalizzato** dando contestualmente ai Servizi Sociali la comunicazione del codice IBAN. Si fa presente che la legge vieta i trasferimenti in denaro quando più pagamenti, inferiori a 1.000,00 euro, appaiono artificialmente frazionati.
- (1) Per i piani da attuarsi nel 2024 è confermato il criterio di carattere generale secondo il quale la gestione del progetto non può essere affidata ai parenti conviventi né a quelli indicati all'art. 433 del Codice Civile, escludendo ulteriori deroghe, salvo quanto previsto dalla deliberazione n. 3/23 del 31.1.2014.