

**COMUNE DI PERFUGAS**  
**Provincia di Sassari**  
*(Servizi Sociali)*

**OGGETTO: L. 162/98 – Modulo di domanda per la predisposizione del piano personalizzato di sostegno in favore di persone con handicap grave. Anno 2020.**

☐ **NUOVO PIANO**

☐ **PIANO IN ESSERE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ via/Piazza \_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_\_ CAP. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale

**In qualità di**

☐ destinatario del piano

**Oppure di**

☐ titolare della responsabilità genitoriale ☐ Amministratore di sostegno ☐ Tutore

☐ familiare di riferimento (specificare \_\_\_\_\_)

della persona destinataria del piano

**CHIEDE**

Che venga predisposto un piano personalizzato di sostegno in favore di persone con handicap grave ai sensi della L. 162/98 – Anno 2020 -

☐ in suo favore

☐ in favore del/la Sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale

riconosciuto disabile grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, della L.104/92.

**A tal fine allega alla presente:**

☐ Copia della certificazione di disabilità grave di cui alla L. 104/92, art. 3 comma 3, con visita effettuata entro la data del 31/12/2019, la cui certificazione è stata rilasciata entro tale data, oppure successivamente in data\_\_\_\_\_.

☐ DECRETO DEFINITIVO

☐ DECRETO TEMPORANEO: SCADE IL \_\_\_\_\_;

☐ Scheda Salute (Allegato B) - debitamente compilata e sottoscritta a cura del medico curante;

☐ *(solo per i piani in essere)* Non si allega la Scheda Salute aggiornata in quanto la situazione sanitaria è invariata;

☐ Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante gli emolumenti percepiti nell'anno 2019 (Allegato D);

☐ Attestazione ISEE 2020 per prestazioni socio sanitarie;

☐ Fotocopia del documento d'identità e del codice fiscale in corso di validità del destinatario del piano e del richiedente;

☐ Copia del Codice Iban del conto/corrente, intestato al destinatario del piano presso il quale si chiede al Comune di rimborsare le spese sostenute mensilmente dalla famiglia per la gestione indiretta.

☐ Decreto di nomina di Amministratore di Sostegno

\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Lo scrivente dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. n° 196 del 30/06/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa per cui presta il suo consenso al trattamento dei dati personali e sensibili necessari per lo svolgimento della pratica.

\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_