



Spett.le Comune di Lula
Alla c.a. dell'Assistente Sociale

OGGETTO: RICHIESTA DI INSERIMENTO NEI PIANI PERSONALIZZATI DI SOSTEGNO A FAVORE DELLE PERSONE CON HANDICAP GRAVE EX LEGGE 21 MAGGIO 1998 N°162. ANNUALITA' 2018

IL/LA SOTTOSCRITTO/A:

COGNOME _____
NOME _____
NATO/A a _____ (Prov. _____)
IL _____ **RESIDENTE a** _____
VIA/C.so _____ **n.** _____
C.F. □□□□□□□□□□□□□□□□
TEL./CELL. _____

IN QUALITÀ DI

- Destinatario del piano
- Tutore/ Curatore
- Amministratore Di Sostegno
- Genitore
- Familiare di riferimento (Specificare) _____

Del Minore Adulto Anziano **destinatario/a dell'intervento:**

COGNOME _____
NOME _____
NATO/A a _____ (Prov. _____)
IL _____ **RESIDENTE a** Lula
VIA/C.so _____ **n.** _____
C.F. □□□□□□□□□□□□□□□□
TEL./CELL. _____

CHIEDE

la predisposizione del Piano Personalizzato ai sensi della Legge n. 162/1998 per l'anno 2018 (dal 01/05/2018 al 31/12/2018), secondo i criteri e le modalità di cui alla normativa vigente, per l'attivazione del seguente intervento di:

- Servizio educativo (solo per infrasesantacinquenni).



- Assistenza personale e/o Domiciliare.
- Accoglienza presso centri diurni autorizzati ai sensi della ex L.R. 4/88, art. 41 e presso centri diurni integrati di cui al D.P.R. 14.01.1997 e alle Delibere della Giunta Regionale in materia di residenze sanitarie assistenziali e di centri diurni integrati, limitatamente al pagamento della quota sociale (solo per infrasesantacinquenni).
- Soggiorno per non più di 30 giorni nell'arco di un anno presso strutture autorizzate ai sensi dell'art. 41 della ex L.R. n. 4/88 o presso residenze sanitarie assistenziali autorizzate, limitatamente al pagamento della quota sociale.
- Attività sportive e/o di socializzazione (solo per infrasesantacinquenni)- Specificare:
-

A tal fine,

DICHIARA

- Di disporre della certificazione di disabilità, di cui all'art. 3 comma 3 della L. 104/1992 alla data del **31/12/2017**;
- di scegliere la modalità di gestione DIRETTA INDIRETTA;
(Per **assistenza diretta** s'intende quella erogata dal Comune attraverso uno dei soggetti accreditati, mentre per **assistenza indiretta** s'intende quella gestita dal titolare del contributo, tramite assunzione dell'operatore assistenziale o incarico a cooperativa o altro soggetto previsto.)
- di essere a conoscenza che l'inosservanza dei termini d'integrazione della documentazione mancante comporta l'esclusione dalla predisposizione del progetto.

Il Richiedente

NOTA INFORMATIVA

Ai sensi dell'art. 13 D.lgs. 196/2003 vengo informato del fatto che:

- I miei dati personali e quelli riguardanti le mie condizioni di salute, emersi a seguito della presente richiesta, tutelati dal segreto d'ufficio, verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche.

Pertanto Autorizzo NON Autorizzo

Il personale amministrativo dell'Ufficio Servizi Sociali del Comune di Lula:

- Al trattamento dei dati sanitari e sensibili solo ed esclusivamente per le procedure connesse al progetto richiesto.
- All'archiviazione e conservazione, cartacea e informatica degli stessi.

FIRMA



ALLEGATI

- Fotocopia di un documento di identità, in corso di validità, del destinatario del piano e del richiedente;
- Fotocopia della documentazione attestante l'eventuale nomina di tutore o di amministratore di sostegno;
- Fotocopia della certificazione di handicap grave, ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge 104/92. **(la certificazione deve essere posseduta entro e non oltre la data del 31/12/2017);**
- Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà - Allegato D, allegata al presente modulo;
- Certificazione I.S.E.E. 2018

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

- Nel caso di presenza all'interno del nucleo familiare del disabile, di altra persona affetta da gravi patologie,: fotocopia della relativa certificazione medica;
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dalla quale risulti l'eventuale fruizione, da parte di uno o più familiari del disabile, di permessi lavorativi retribuiti ai sensi della Legge 104/92, con la specificazione del soggetto erogatore (datore di lavoro), e delle ore settimanali e annuali fruiti;
- Certificazione del Medico di Medicina Generale o dello specialista, attestante che l'handicap grave del destinatario è congenito o insorto entro i 35 anni per patologia acquisita;

Data _____

Firma _____