





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 della Legge 675/96 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 Onani:

- 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. in corso di validità (la tipologia di ISEE da presentare è quello previsto per le "Prestazioni socio - sanitarie" di cui all'art. 6 del DPCM n° 159/2013), rilasciato da un Centro di Assistenza Fiscale competente (C.A.F.).

**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 \_\_\_\_\_