

Allegato A

**Al Responsabile del Servizio
Socio-Assistenziale
Del Comune di Villanovafranca
P.zza Risorgimento, 18
09020 Villanovafranca (SU)**

Oggetto: Richiesta predisposizione *Piano personalizzato di sostegno a favore di persone con handicap grave – Legge 21 maggio 1998 n. 162, art. 1, comma 1, lett. c)* **ANNO 2018 (gestione 2019 con decorrenza 01/05/2019)**.

Il/La Sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ e residente a _____ in Via/Vico/P.zza _____ N. _____, Tel. _____ E-Mail _____

CHIEDE

- per se medesimo/a;
 In qualità di (specificare se tutore, curatore, amministratore di sostegno, parente o altro) _____ del/della Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____ il _____ e residente a Villanovafranca in Via/Vico/P.zza _____ N. _____

la predisposizione di un *piano personalizzato di sostegno a favore di persone con handicap grave – Legge 21 maggio 1998 n. 162, art. 1, comma 1, lett. c)* **ANNO 2018 (gestione 2019 con decorrenza 01/05/2019)** per l'erogazione del seguente servizio: (barrare la casella interessata):

- Assistenza Domiciliare;
 Servizio educativo (solo per soggetti al di sotto dei 65 anni);
 Accoglienza presso centri diurni autorizzati art. 41 L.R. n. 4/88;
 Soggiorno temporaneo;
 Attività sportive e di socializzazione (solo per soggetti al di sotto dei 65 anni)

La gestione del piano è:

- Diretta** (da parte del Comune);
 Indiretta (da parte della famiglia).

A TAL FINE

consapevole che, ai sensi dell'art. art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e ss.mm., la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti e consapevole di quanto disposto dall'art. 77 del medesimo D.P.R. n.445/2000

DICHIARA

- Che il destinatario del piano è in possesso della certificazione di handicap grave ai sensi della L. 104/92 art. 3 comma 3 alla data del 31.12.2018;
- Che l'handicap grave è congenito o sopravvenuto prima del compimento dei 35 anni di età:
SI NO
- Che il proprio nucleo familiare è così composto:

N.	Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Rapporto di parentela
1			Richiedente
2			
3			
4			
5			
6			

- Che nel corso del 2018 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):

Servizio fruito	Soggetto erogatore	n. ore settimanali	n. settimane 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 (ANFASS, Alzheimer, ecc)			
Ricovero, soggiorno e/o accoglienza in struttura pubblica o privata			
Frequenza centri di aggregazione sociale comunali			
Trasporto			
Altri servizi			

- Di essere a conoscenza del fatto che l'amministrazione comunale, ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000 potrà disporre controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese;
- Di essere informato ai sensi e per gli effetti del D. Lgs 30.06.03 n.196, che i dati forniti saranno trattati nell'ambito del procedimento per il quale sono stati resi;
- Di obbligarsi a comunicare formalmente al Comune di Villanovafranca eventuali e qualsiasi modifica intervenuta successivamente alla presentazione della domanda per beneficiare degli interventi di cui alla L. n. 162/98, riguardante la validità della certificazione L. 104/92 e l'entità dei redditi personali;
- Di obbligarsi a comunicare formalmente al Comune di Villanovafranca eventuali e qualsiasi modifica dei requisiti fondamentali stabiliti per beneficiare degli interventi di cui alla L. n. 162/98.

Allega alla presente:

- Copia del documento d'identità del richiedente in corso di validità del richiedente e/o del destinatario del piano;
- Copia del verbale di certificazione L. 104/92 art. 3 comma 3;
- Scheda Salute, **allegato B**, che dovrà essere compilata e firmata dal Medico di Medicina Generale o pediatra di libera scelta e/o altro medico della struttura pubblica o medico convenzionato che ha in cura la persona con disabilità. Eventuali costi sono a carico del richiedente.
- Per i tutori o amministratori di sostegno: fotocopia del decreto di nomina in corso di validità;
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dalla quale risulti l'eventuale fruizione, da parte dei familiari conviventi del disabile, 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 D**.
- Certificazione ISEE 2019 per le "Prestazioni socio- sanitarie" ai sensi della normativa vigente.

Dichiara di essere consapevole che la mancata presentazione di uno dei suddetti documenti comporta la non accettabilità della domanda e conseguentemente l'esclusione dal finanziamento ai sensi della normativa in oggetto.

Villanovafranca, lì _____

Il/La Dichiarante _____

INFORMATIVA:

Ai sensi del Regolamento CE, Parlamento Europeo 27/04/2016 n° 679 e del D. Lgs 10 agosto 2018, n. 101, si informano gli interessati che il trattamento dei dati personali da essi forniti in sede di presentazione dell'istanza per fruire del servizio Piani personalizzati L. 162/98 o comunque acquisiti a tal fine dal Comune di Villanovafranca è finalizzato unicamente alla fruizione del servizio e all'espletamento dello stesso e avverrà presso gli Uffici Comunali preposti, con l'utilizzo di procedure anche informatizzate, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità, anche in caso di eventuale comunicazione a terzi. Il Conferimento di tali dati è necessario per valutare i requisiti di fruizione del servizio e la loro mancata indicazione può precludere tale valutazione. Ai richiedenti sono riconosciuti i diritti di cui al Regolamento CE, Parlamento Europeo 27/04/2016 n° 679 e al D. Lgs 10 agosto 2018, n. 101e, in particolare, il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi. Il Responsabile Protezione Dati è il Dott. **RAFFAELE LAI** con sede in Via Custozza, n.7 - 09040 Senorbi tel. 0709808834 – e mail dott.raffaelelai@gmail.com PEC raffaelelai@legalmail.