



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' 2019**

**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 2019 (dal 01/05/2019 al 31/12/2019), secondo i criteri e le modalità di cui alla normativa vigente, per l'attivazione del seguente intervento di:

- Servizio educativo (solo per infraseessantacinquenni).
- 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 infraseessantacinquenni).

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 infraseessantacinquenni)- Specificare:

---

A tal fine,

### DICHIARA

1. Di disporre:

della certificazione di disabilità, di cui all'art. 3 comma 3 della L. 104/1992 alla data del 31/12/2018;

di essere stato/a sottoposto/a a visita da parte della Commissione Medica in data \_\_\_\_\_ e di disporre della certificazione di disabilità, di cui all'art. 3 comma 3 della L. 104/1992;

2. 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.)

3. 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.
- Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà - Allegato D, allegata al presente modulo;
- Certificazione I.S.E.E. individuale per prestazioni socio sanitarie 2019.

**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 fruite;
- 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 \_\_\_\_\_