



Al'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.  
**PROGRAMMA 2012**

**Il Sottoscritto:**

COGNOME \_\_\_\_\_  
 NOME \_\_\_\_\_  
 NATO 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 dell'intervento:

COGNOME \_\_\_\_\_  
 NOME \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a Lula in Via/C.so  
 \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cell./tel. \_\_\_\_\_  
 C.F. □□□□□□□□□□□□□□□□

**CHIEDE**

la predisposizione del Piano Personalizzato ai sensi della Legge n. 162/1998 per l'anno 2013 (annualità 2012), 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 infraseessantacinquenni)- Specificare:

---

Indicare se si tratta di (barrare la voce che interessa):  Piano nuovo  Rinnovo

### DICHIARA

di scegliere la modalità di gestione<sup>1</sup>  DIRETTA  INDIRETTA;

di essere a conoscenza che in caso di mancata presentazione del modello ISEE sarà applicata l'aliquota massima di riduzione del finanziamento.

di essere a conoscenza che l'inosservanza dei termini d'integrazione della documentazione mancante comporta l'esclusione dalla predisposizione del progetto.

Lo/a scrivente autorizza l'Ente all'utilizzo dei propri dati ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 196/2003, nell'ambito di quanto necessario all'espletamento della pratica.

Il Richiedente

---

<sup>1</sup> 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.

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

FIRMA

---



## ALLEGATI

- Fotocopia della documentazione attestante l'eventuale nomina di tutore o di amministratore di sostegno;
- Fotocopia di un documento di identità, in corso di validità, del destinatario del piano e del richiedente;
- Fotocopia della certificazione di handicap grave, ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge 104/92
- Scheda Salute - Allegato B - allegata al presente modulo, che dovrà essere compilata e firmata dal Medico di Medicina Generale (eventuali costi sono a carico del richiedente). **Nel caso in cui si tratti di rinnovo del progetto, è da considerarsi valida la "Scheda Salute" compilata nell'anno precedente se non sono sopraggiunte modifiche nelle condizioni di salute, salvo che l'utente non ritenga di presentarne una aggiornata supportata da certificazione rilasciata nel corso del 2012 dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta e/o altro medico della struttura pubblica che ha in carico il paziente e che ne attesti l'aggravamento.**
- Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà - Allegato D, allegata al presente modulo;
- Certificazione ISEE del solo assistito del piano, relativa ai redditi prodotti nell'anno 2011, rilasciato da un Centro di Assistenza Fiscale competente (CAF), in corso di validità. (Si applica il criterio della situazione economica del solo assistito di cui all'art. 3 comma 2-ter del D.Lgs n. 109/1998 sino all'entrata in vigore della nuova normativa statale in maniera di ISEE).
- Certificazione ISEE del nucleo familiare, relativa ai redditi prodotti nell'anno 2011, rilasciato da un Centro di Assistenza Fiscale competente (CAF), in corso di validità.

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

**Il sottoscritto, in conformità di quanto sancito dall'art. 13 del D. Lgs 30 Giugno 2007 N. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", autorizza il trattamento dei dati personali da**



COMUNE DI LULA  
Ufficio Servizi Sociali

MODULO DI DOMANDA L. 21 MAGGIO 1998, n.162 - PROGRAMMA 2012

parte del Settore Servizi Sociali del Comune di Lula esclusivamente nell'ambito del procedimento connesso alla pratica della Legge 162/98.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Il presente modulo di domanda dovrà essere debitamente compilato in ogni sua parte, sottoscritto e corredato di tutta la documentazione sopra elencata. La mancata compilazione, anche parziale, del modulo o la mancata presentazione anche di uno solo dei documenti richiesti comporterà la mancata attribuzione del punteggio o l'esclusione della domanda.**

Le domande potranno essere presentate a mano o inviate a mezzo raccomandata A/R., in busta chiusa con la dicitura "Contiene domanda ex L. 162/98", all'Ufficio Protocollo del Comune di Lula indirizzate al : "Comune di Lula, Ufficio Servizi Sociali, Via dei Mille, 08020 – Lula (NU)" e dovranno pervenire entro e non oltre il giorno 19 Febbraio 2013 (data apposta dall'Ufficio Protocollo).

L'Amministrazione non assume responsabilità per il ritardato o mancato recapito dovuto a disguidi del servizio postale.

**N.B. Le domande pervenute con qualsivoglia mezzo oltre il suddetto termine non verranno ammesse.**

---

COMUNE DI LULA – UFFICIO SERVIZI SOCIALI

Via dei Mille – 08020 Lula

Tel. 0784/417901 – 417903 Fax. 0784/416427

E-mail: [servizisociali@comune.lula.nu.it](mailto:servizisociali@comune.lula.nu.it)