



**Al Sig. Sindaco
Comune di Silius
Via Aldo Moro, 14
09040 Silius (SU)**

OGGETTO: LEGGE 162/98 PIANI PERSONALIZZATI DI SOSTEGNO A FAVORE DELLE PERSONE CON HANDICAP GRAVE AI SENSI DELLA L. 104/92 ARTICOLO 3, COMMA 3.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ prov. _____
 il _____ residente in SILIUS (SU) in via/piazza _____ n. _____ cap. _____
 telefono fisso n. _____ cellulare _____ codice fiscale _____
 e-mail _____ fax _____ pec _____

CHIEDE

per sé medesimo

Oppure in qualità di:

esercente la potestà nei confronti del minore o dell'interdetto o dell'inabilitato _____ nato/a a _____ prov. _____ il _____ e residente nella Comune di SILIUS (SU) in via/piazza _____ n. _____

Amministratore di sostegno in virtù del Decreto di nomina del _____ (di cui si allega copia) dell'assistito _____ nato/a a _____ prov. _____ il _____ e residente nella Comune di SILIUS (SU) in via/piazza _____ n. _____

la predisposizione di un Piano Personalizzato ai sensi della Legge 162/98 a favore delle persone affette da handicap grave (legge 104/92, articolo 3, comma 3).

A tal fine consapevole delle sanzioni penali, di altre provvidenze non veritiere, d'informazione o usi di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 556 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

1. di essere nato a _____/che il/la sig. _____ è nato a _____;
2. di essere residente a **Silius/** che il/la sig. _____ è residente a **Silius/**;
3. che il beneficiario è in possesso della certificazione attestante lo stato di handicap grave ai sensi della legge 104/92 articolo 3, comma 3;
4. di essere a conoscenza che gli eventuali costi per la compilazione della Scheda Salute da parte del medico sono a carico del richiedente;
5. di essere a conoscenza che gli eventuali costi di gestione (contratti, buste paga, ecc.) sono a carico del richiedente;
6. di essere a conoscenza che nel caso in cui la gestione sia assunta dalla famiglia del beneficiario, l'assistente familiare non può essere scelta tra le persone indicate nell'articolo 433 del Codice Civile;
7. che il proprio nucleo familiare /che il nucleo familiare del/la sig. _____ è così composto:

Cognome	Nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Relazione di parentela

che l'ISEE 2018 del nucleo familiare del/la sig. _____ è pari a complessivi € _____

di confermare l'allegato B – DGR 34/30 del 18/10/2010 consegnato nelle precedenti annualità agli atti del Comune;

che le fotocopie dei documenti allegati alla richiesta per la concessione dei benefici previsti dalla Legge 162/98 sono conformi all'originale in mio possesso/ in possesso del/la sig. _____;

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. N. 196 del 30.06.2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Allega alla presente richiesta:

- Copia verbale della competente Commissione medica attestante lo stato di handicap in situazione di gravità (art. 3, comma 3 Legge 104/92);
- Dichiarazione sostitutiva dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) del nucleo familiare dell'assistito (ISEE 2018);
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà di cui allegato D – DGR 34/30 del 18/10/2010;
- Scheda Salute debitamente compilata dal medico di medicina generale o da uno specialista di una struttura pubblica di cui all'allegato B – DGR 34/30 del 18/10/2010 (solo per gli utenti che presentano domanda per la prima volta ,o nel caso si ritenga di presentarne una aggiornata che ne attesti l'aggravamento);
- fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente e del destinatario del Piano;
- fotocopia del codice fiscale del richiedente e del destinatario del Piano;
- copia conforme all'originale del decreto di nomina a tutore o curatore o amministratore di sostegno (se esistente);
- Eventuale certificazione attestante particolari situazioni di disagio all'interno del nucleo (es. invalidità civile, accompagnamento, leggi regionali di settore, ecc).
- copia IBAN per l'accredito delle somme da rimborsare

Silius, li _____

IL RICHIEDENTE / DICHIARANTE
