

DOMANDA

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

DA NON COMPILARE

Parte riservata all'Ufficio Comunale

Prot. _____ del _____

Modalità per presentare la domanda:

1. consegnata a mano agli uffici comunali **in busta chiusa** con dicitura **“CONTIENE DOMANDA LEGGE 162/98 PIANI PERSONALIZZATI”** dal **lunedì al venerdì** dalle **ore 10.00 alle ore 12.00**;
2. spedita a mezzo pec all'indirizzo protocollo@pec.comune.silius.ca.it ;
3. spedita a mezzo raccomandata A/R indirizzata al Comune di Silius Via Aldo Moro, 14 09040 Silius (SU)

SCADENZA ENTRO NON OLTRE IL **01.03.2023**

Al Signor Sindaco del Comune di Silius
Via Aldo Moro, 14
09040 Silius
Ufficio Servizi Sociali
protocollo@comune.silius.ca.it
protocollo@pec.comune.silius.ca.it

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. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

1. di avere _____ anni compiuti / che il/la sig. _____
ha _____ anni compiuti;

2. di essere nato a _____/che il/la sig. _____ è nato a _____;
3. di essere residente a Silius/ che il/la sig. _____ è residente a Silius;
4. che il beneficiario è in possesso della certificazione attestante lo stato di handicap grave ai sensi della legge 104/92 articolo 3, comma 3;
5. di essere a conoscenza che gli eventuali costi per la compilazione della Scheda Salute da parte del medico sono a carico del richiedente;
6. di essere a conoscenza che gli eventuali costi di gestione (contratti, buste paga, ecc.) sono a carico del richiedente;
7. 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 conviventi né tra quelle indicate all'articolo 433 del Codice Civile;
8. che i Servizi fruiti settimanalmente del destinatario del piano (il periodo di riferimento è l'anno 2022)

Servizi fruiti	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 (ANFFAS, Alzheimer, ecc.)			
Ricovero, soggiorno e/o accoglienza in struttura pubblica o privata			
Frequenza Centri di aggregazione sociale comunali			
Trasporto			
Altri servizi fruiti (sport terapia, ecc.)			

Sono da sommare come ore settimanali di servizi fruiti le ore di asilo nido, le ore di assistenza domiciliare erogate da enti pubblici (Comuni, PLUS, ecc.) o da associazioni regolarmente convenzionate con enti pubblici, le ore di assistenza domiciliare integrata, le ore di assistenza in centri diurni, le ore di ricovero e/o soggiorno e/o accoglienza presso strutture pubbliche o private ad eccezione dei ricoveri ospedalieri per acuzie al di sotto dei 30 giorni consecutivi, le ore di frequenza in Centri di aggregazione sociale comunali, le ore di sport terapia fruita finanziate da enti pubblici e le ore di altri eventuali servizi fruiti. Nel caso in cui il disabile, interessato al finanziamento svolga attività lavorativa, le ore di lavoro effettive verranno calcolate come servizi fruiti solo se fanno parte di un progetto di inserimento socio lavorativo o lavori socialmente utili.

L'elenco dei servizi fruiti nella tabella sopra riportata è a titolo puramente esemplificativo ma non esaustivo di tutti i possibili servizi che, se non riportati in elenco, dovranno essere cumulati e le relative ore riportate nell'ultima riga della tabella (altri servizi fruiti).

9. 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	N. di ore giornaliere di assistenza dedicate al disabile

10. che il Carico assistenziale familiare è il seguente (il periodo di riferimento è l'anno 2022)

Carico Assistenziale (elenco servizi)	Soggetto erogatore	n. ore settimanali	n. settimane annuali
Lavoro			
Frequenza scolastica			
Asilo nido			
Scuola materna			
Corsi di formazione			
Fisioterapia			
Assistenza domiciliare erogata da enti pubblici o da associazioni regolarmente convenzionate			
Assistenza domiciliare integrata			
Frequenza centri diurni (ANFFAS, Alzheimer, ecc.)			
Permesso dal lavoro per L. 104/92 art.33 comma 3 (non devono essere conteggiate le giornate integrative concesse in relazione all'emergenza COVID)			
Ricovero, soggiorno e/o accoglienza in struttura pubblica o privata			
Frequenza centri di aggregazione sociale comunali			
Trasporto			
Altri servizi fruiti (sport terapia, ecc.)			

Dal carico assistenziale familiare, assistenza garantita dai componenti il nucleo familiare, massimo 24 ore al giorno, dovranno essere detratte le ore di frequenza scolastica, le ore di asilo nido, le ore di scuola materna, le ore di corsi di formazione, le ore di lavoro effettuate (lavoro autonomo, lavoro dipendente o reinserimento socio lavorativo), le ore di assistenza domiciliare erogati da enti pubblici (Comuni, PLUS, ecc.) o da associazioni regolarmente convenzionate con enti pubblici, le ore di assistenza domiciliare integrata, le ore di assistenza in centri diurni, le ore di ricovero e/o soggiorno e/o accoglienza presso strutture pubbliche o private, le ore di frequenza in Centri di aggregazione sociale comunali, le ore di sport terapia fruita e tutte le altre ore in cui la persona con disabilità non è a carico della famiglia (es. colonia estiva, ecc.). Dovranno

essere detratte altresì le ore di permesso dal lavoro fruito dai familiari nonché da parenti o affini entro il terzo grado, conviventi, previste dall'art. 33, comma 3, della legge n. 104/1992 per assistenza alla persona con disabilità. L'elenco della tipologia di carico assistenziale (servizi fruiti) che riducono il carico familiare elencati nella tabella sotto riportata è a titolo puramente esemplificativo ma non esaustivo di tutti i possibili servizi che riducono il carico assistenziale familiare.

Eventuali altri servizi aggiuntivi dovranno essere cumulati e le relative ore riportate nell'ultima riga della tabella (altri servizi fruiti).

DICHIARO INOLTRE

11. che l'ISEE 2023 in corso di validità del nucleo familiare del/la sig. _____ è pari a complessivi € _____;

12. di confermare l'allegato B – DGR 34/30 del 18/10/2010 (SCHEDE SANITARIE) consegnato nelle precedenti annualità agli atti del Comune;

13. 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. _____;

14. di trovarsi in una o più delle seguenti Particolari situazioni di disagio (cumulabili fino ad un massimo di 11 punti):

- persone con disabilità grave che vivono sole
- compresenza di più persone con disabilità grave nello stesso nucleo familiare che presentano il piano personalizzato;
- persone con disabilità grave che vivono con **sol**i familiari di età superiore ai 75 anni o persone con disabilità grave che vivono con familiari affetti da gravi patologie da documentare con la certificazione attestante la grave patologia corredata da esaustiva documentazione medica;
- famiglie con persona con disabilità grave a carico dove è presente un solo genitore o, in assenza di genitori, un familiare convivente;
- presenza nel nucleo familiare di altri figli sotto i tre anni.

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. N. 196 del 30.06.2003 e del Regolamento UE 2016/679 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

15. Tipologia di servizio richiesto

- servizio educativo (con personale in possesso di laurea in scienze dell'educazione o titoli equipollenti)
- assistenza personale e/o domiciliare
- accoglienza presso centri diurni autorizzati ai sensi dell'articolo 40 della L.R. 23/2005 e presso centri diurni integrati di cui al D.P.R. 14.01.1997 e alle deliberazioni della Giunta regionale in materia di residenze sanitarie assistenziali e di centri diurni integrati, limitatamente al pagamento della quota sociale.
- soggiorno per non più di 30 giorni nell'arco di un anno presso strutture autorizzate ai sensi dell'art. 40 della L.R. 23/05 o presso residenze sanitarie assistenziali autorizzate, limitatamente al pagamento della quota sociale.
- attività sportiva e/o di socializzazione

16. Gestione richiesta:

- diretta (la realizzazione del piano è gestita dal comune di residenza del destinatario del piano)
- indiretta (la realizzazione del piano è affidata alla famiglia) **attraverso:**
 - a) assunzione diretta di un operatore in base al CCN di lavoro domestico

b) convenzione con un libero professionista o cooperative / associazioni operanti nel settore.

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 in corso di validità;
- 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);
- se trattasi di disabilità congenita, idonea certificazione sanitaria comprovante il possesso del requisito;
- 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 **intestato al beneficiario.**

Silius, li _____

**Firma del destinatario del piano o l'incaricato della tutela o titolare
della responsabilità genitoriale
o amministratore di sostegno**

Informativa effettuata ai sensi dell'art. 13 Regolamento (UE) 2016/679 (RGDP)

Il Comune di Silius, con sede in Silius, Via Aldo Moro, 14, email: protocollo@comune.silius.ca.it, pec: protocollo@pec.comune.silius.ca.it, tel: 070959006, nella sua qualità di **Titolare del trattamento dei dati**, tratterà i dati personali conferiti con la presente modulistica, sia su supporto cartaceo sia con modalità informatiche e telematiche, **esclusivamente al fine di espletare le attività di erogazione dei servizi richiesti, nell'esecuzione dei compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei pubblici poteri propri dell'Ente**, nel rispetto dei principi di cui al Regolamento UE 2016/679.

La informiamo che il trattamento dei Suoi dati personali avverrà secondo modalità idonee a garantire sicurezza e riservatezza e sarà effettuato utilizzando supporti cartacei, informatici e/o telematici per lo svolgimento delle attività dell'Amministrazione.

Il trattamento dei dati è improntato ai principi di liceità, correttezza e trasparenza e, in conformità al principio di cd "minimizzazione dei dati", i dati richiesti sono adeguati, pertinenti e limitati rispetto alle finalità per le quali sono trattati.

In particolare, i dati sono raccolti e registrati unicamente per gli scopi sopraindicati e saranno tutelate la Sua dignità e la Sua riservatezza.

Il conferimento dei dati di cui alla presente modulistica è facoltativo, ma un eventuale rifiuto di fornirli comporterà l'impossibilità per l'Amministrazione di utilizzare i dati per le finalità indicate, con la conseguenza che non sarà possibile l'erogazione dei servizi richiesti.

IN ALTERNATIVA

Il conferimento dei dati di cui alla presente modulistica è obbligatorio ed il loro mancato inserimento comporterà l'applicazione delle disposizioni sanzionatorie espressamente previste dalla vigente normativa.

I dati raccolti con la presente domanda potranno essere comunicati, se previsto da norma di legge o di regolamento, ad altri soggetti pubblici espressamente individuati e/o diffusi, laddove obbligatorio, a seguito di pubblicazione all'Albo Pretorio On line (ai sensi dell'art. 32, L. 69/2009) ovvero nella Sezione del sito istituzionale dell'Ente denominata "Amministrazione Trasparente" (ai sensi del D. Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii).

Gli stessi dati potranno formare oggetto di istanza di accesso documentale ai sensi e nei limiti di cui agli artt. 22 e ss. L. 241/90, ai sensi dell'art. 43, comma 2, TUEL da parte degli amministratori dell'Ente, ovvero potranno formare oggetto di richiesta di accesso civico "generalizzato", ai sensi dall'art. 5, comma 2, e dall'art. 5 bis, D. Lgs. 33/2013.

I dati conferiti, saranno trattati dall'Amministrazione per il periodo necessario allo svolgimento dell'attività amministrativa correlata e conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

I dati saranno trattati esclusivamente dal personale, da collaboratori dell'Ente ovvero da soggetti esterni espressamente nominati come Responsabili del trattamento dal Titolare.

Al di fuori delle ipotesi sopra richiamate, i dati non saranno comunicati a terzi né diffusi.

Gli interessati hanno il diritto di chiedere al Titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento, ai sensi degli artt. 15 e ss. RGDP.

Apposita istanza è presentata al Responsabile della Protezione dei dati dell'Ente (ex art. 38, paragrafo 4, RGDP), individuato nella **SIPAL srl**, con sede a Cagliari nella Via San Benedetto, 60 - Tel: 070/42835 - email: dpo@sipal.sardegna.it - pec: sipalpostacertificata@pec.sipal.sardegna.it

Dichiaro di aver ricevuto tutte le informazioni di cui all'art. 13 RGDP in relazione ai dati contenuti nell'allegata modulistica.

Silius, li _____

**Firma del destinatario del piano o l'incaricato della tutela o titolare
della responsabilità genitoriale
o amministratore di sostegno**
