

OGGETTO: “Piani Personalizzati Legge 162/98”. Richiesta accesso al beneficio.

Il/la sottoscritto/a (inserire i dati del richiedente)

QUADRO A

Cognome	
Nome	
Luogo di nascita	
Data di nascita	
Età	
Residenza	
Indirizzo	
Numero civico	
Codice fiscale	
Telefono fisso	
Telefono cellulare	
E-mail	
Pec (consigliata)	
Data rilascio L. 104/92 art. 3, comma 3	
Data revisione L. 104/92	

in qualità di

- ☐ Beneficiario del Progetto
- ☐ Amministratore di sostegno
- ☐ Familiare referente (Caregiver)
- ☐ Esercente la potestà genitoriale sul minore
- ☐ Incaricato della tutela della Persona interdetta o inabilitata

QUADRO B – Inserire i dati relativi al beneficiario del Piano Personalizzato

Cognome	
Nome	
Luogo di nascita	
Data di nascita	
Età	
Residenza	
Indirizzo	
Numero civico	
Codice fiscale	
Telefono fisso	
Telefono cellulare	
E-mail	
Pec (consigliata)	
Decreto Giudice n. /del	
Data rilascio L. 104/92 art. 3, comma 3	
Data revisione L. 104/92	

CHIEDE la predisposizione di un Piano Personalizzato ai sensi della Legge 162/98 a favore delle persone affette da handicap grave (L. 104/92 art.3, comma3).

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 confermare i dati e le informazioni riferiti alle Persone indicate nel QUADRO A e/o nel QUADRO B;
- 2. che la Persona per la quale si chiede la predisposizione del Piano ex L. 162/98 è in possesso della certificazione attestante lo stato di handicap grave ai sensi della legge 104/92 articolo 3, comma 3;
- 3. di essere a conoscenza che i costi per la compilazione della Scheda Salute (Allegato B) da parte del medico sono a carico del richiedente;
- 4. di essere a conoscenza che i costi di gestione (contratti, buste paga, ecc.) sono a carico del richiedente;
- 5. di essere consapevole che la gestione del progetto non può essere affidata ai parenti conviventi né a quelli indicati all’art. 433 del Codice Civile;

DICHIARA INOLTRE

- ☐ di NON aver usufruito, nell’anno 2024, dei servizi indicati nella sottostante tabella **OPPURE (in alternativa)**
- ☐ di aver usufruito, nell’anno 2024, dei servizi indicati nella sottostante tabella **(specificare)**

Servizi fruiti	Soggetto erogatore (Comune, ASL, Presidio Ospedaliero, PLUS, Associazioni convenzionate, ecc)	n. ore settimanali (da 1 a 168 ore)	n. settimane annuali (da n. 1 a 52 settimane)
Inserimento socio lavorativo, servizio civile		n.	n.
Asilo nido		n.	n.
Fisioterapia		n.	n.
Assistenza domiciliare erogata da Enti Pubblici o da associazioni regolarmente convenzionate.		n.	n.
Assistenza domiciliare integrata		n.	n.
Frequenza centri diurni (ANFFAS, Alzheimer, ecc.)		n.	n.
Ricovero, soggiorno e/o accoglienza in struttura pubblica o privata (inserire solo se superiori a n. 30 giorni consecutivi)		n.	n.
Frequenza Centri di aggregazione sociale comunali		n.	n.
Trasporto		n.	n.
Altri servizi fruiti (sport terapia, ecc.)		n.	n.

- ☐ Composizione del nucleo familiare (come da certificazione anagrafica)

	Cognome	Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Età	Relazione di parentela (coniuge, figlio, ecc)	N. di ore giornaliere di assistenza dedicate al disabile
1							n.
2							n.
3							n.
4							n.

- ☐ di NON aver usufruito, nell’anno 2024, dei servizi indicati nella sottostante tabella **OPPURE**
- ☐ aver usufruito, nell’anno 2024, dei servizi indicati nella sottostante tabella **(specificare)**

Carico Assistenziale (elenco servizi)	Soggetto erogatore (Comune, ASL, Presidio Ospedaliero, PLUS, Associazioni convenzionate, ecc)	n. ore settimanali (da 1 a 168 ore)	n. settimane annuali (da n. 1 a 52 settimane)
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.3 comma 3 Indicare le ore di permesso dal lavoro fruito dai familiari nonché da parenti o affini entro il terzo grado, conviventi			
Ricovero, soggiorno e/o accoglienza in struttura pubblica o privata			
Frequenza centri di aggregazione sociale comunali			
Trasporto			
Altri servizi fruiti (sport terapia, ecc.)			

- ☐ di NON di trovarsi nelle PARTICOLARI SITUAZIONI DI DISAGIO di seguito indicate **OPPURE**
☐ di TROVARSI nelle PARTICOLARI SITUAZIONI DI DISAGIO di seguito indicate (barrare con una x)

<input type="checkbox"/>	persone con disabilità grave che vivono sole
<input type="checkbox"/>	compresenza di più persone con disabilità grave nello stesso nucleo familiare che presentano il piano personalizzato;
<input type="checkbox"/>	persone con disabilità grave che vivono con soli familiari di età superiore ai 75 anni
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	famiglie con persona con disabilità grave a carico dove è presente un solo genitore o, in assenza di genitori, un familiare convivente
<input type="checkbox"/>	presenza nel nucleo familiare di altri figli sotto i tre anni

DICHIARA INOLTRE

che l'ISEE 2025 con scadenza 31/12/2025 del nucleo familiare in cui è inserita la Persona per la quale si chiede la predisposizione del Piano ex L. 162/98, è pari a complessivi € _____

che le fotocopie dei documenti allegati alla richiesta per la concessione dei benefici previsti dalla Legge 162/98 sono conformi all'originale

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

Tipologia di servizio richiesto e tipologia di gestione (barrare con una x la tipologia prescelta)

<input type="checkbox"/>	servizio educativo (con personale in possesso di laurea in scienze dell'educazione o titoli equipollenti)
<input type="checkbox"/>	assistenza personale e/o domiciliare
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	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.
<input type="checkbox"/>	attività sportiva e/o di socializzazione

<input type="checkbox"/>	DIRETTA (la realizzazione del piano è gestita dal comune di residenza del destinatario del piano)
<input type="checkbox"/>	INDIRETTA (la realizzazione del piano è affidata alla famiglia) attraverso:
<input type="checkbox"/>	assunzione diretta di un operatore in base al CCN di lavoro domestico
<input type="checkbox"/>	convenzione con un libero professionista o cooperative / associazioni operanti nel settore.

Silius, li _____

Firma leggibile o digitale del dichiarante _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a

Cognome	
Nome	
Luogo di nascita	
Data di nascita	
Codice fiscale	

In qualità di:

- ☐ destinatario del piano
- ☐ incaricato della tutela
- ☐ titolare della responsabilità genitoriale
- ☐ amministratore di sostegno della persona destinataria del piano:

Cognome _____ Nome _____ Cod. Fisc. _____

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 per i casi dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

che la persona destinataria del piano ha percepito nell'anno 2024 i seguenti emolumenti:

n.	Descrizione beneficio	Importo annuale
1	Pensione Invalidità civile	€
2	Indennità di frequenza	€
3	Indennità di accompagnamento	€
4	Assegno sociale	€
5	Pensioni o indennità INAIL	€
6	Indennità o pensione per causa di guerra o servizio	€
7	L.R. n. 27/83 – Provvidenze a favore dei talassemici, degli emofilici e degli emolinfopatici maligni	€
8	L.R. n. 11/85 – Provvidenze a favore dei nefropatici	€
9	L.R. n. 20/97 – Provvidenze a favore di persone affette da patologie psichiatriche	€
10	L.R. n. 9/2004 – Provvidenze a favore di persone affette da neoplasie maligne	€
11	Altri contributi da Comuni e Aziende ASL	€
12	Altro (specificare)	€
TOTALE		€

Silius, _____

Firma leggibile o digitale del dichiarante

Allegati

- ☐ Copia verbale attestante il possesso del requisito L. 104/92 articolo 3, comma 3 (handicap grave)
- ☐ Dichiarazione sostitutiva dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) del nucleo Familiare dell'assistito in corso di validità oppure copia dell'ISEE
- ☐ 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
- ☐ Fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità di chi presenta la domanda
- ☐ Fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità del destinatario del Piano;
- ☐ Fotocopia tessera sanitaria (codice fiscale) di chi presenta la domanda
- ☐ Fotocopia tessera sanitaria (codice fiscale) del destinatario del Piano;
- ☐ copia conforme all'originale del decreto di nomina a tutore o curatore o amministratore di sostegno
- ☐ Documentazione comprovante le particolari condizioni di disagio dichiarate
- ☐ Documentazione attestante il possesso del requisito di "disabilità congenita"
- ☐ Copia IBAN per l'accredito delle somme da rimborsare NECESSARIAMENTE intestato al beneficiario