

Al Comune di Silius
protocollo@pec.comune.silius.ca.it

OGGETTO: PIANI PERSONALIZZATI IN SOSTEGNO DELLE PERSONE CON DISABILITA' GRAVE. LEGGE 162/98 – GESTIONE 2026 – DGR N. 57/32 DEL 05/11/2025. PROROGA PIANI IN ESSERE AL 31/12/2025.

Il/la sottoscritto/ a

QUADRO A - RICHIEDENTE

| | |
|--------------------|--|
| Cognome | |
| Nome | |
| Luogo di nascita | |
| Data di nascita | |
| Età | |
| Residenza | |
| Indirizzo | |
| Numero civico | |
| Codice fiscale | |
| Telefono fisso | |
| Telefono cellulare | |
| E-mail | |
| Pec (consigliata) | |

in qualità di

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

QUADRO B – BENEFICIARIO. Da compilare solo se il beneficiario è diverso dal richiedente

| | |
|--------------------|--|
| Cognome | |
| Nome | |
| Luogo di nascita | |
| Data di nascita | |
| Età | |
| Residenza | |
| Indirizzo | |
| Numero civico | |
| Codice fiscale | |
| Telefono fisso | |
| Telefono cellulare | |
| E-mail | |
| Pec (consigliata) | |

**AI FINI DELLA RIVALUTAZIONE E RIPARAMETRIZZAZIONE DEL VALORE
del Piano Personalizzato in sostegno delle persone con disabilità grave ai sensi della Legge 162/98
IN ESSERE AL 31/12/2025 CON DECORRENZA 01/05/2026**

Consapevole delle sanzioni penali, di altre provvidenze non veritieri, d'informazione o usi di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

1. di essere a conoscenza che i costi per la compilazione della Scheda Salute (Allegato B) da parte del medico sono a carico del richiedente;

2. di essere a conoscenza che i costi di gestione (contratti, buste paga, ecc.) sono a carico del richiedente;
3. 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 **confermare**, per l'annualità 2026, l'**Allegato B** – DGR 34/30 del 18/10/2010 (**SCHEDA DI SALUTE**) già agli atti del Comune per le precedenti annualità
- di **NON confermare**, per l'annualità 2026, l'**Allegato B** e di allegare pertanto una **NUOVA SCHEDA**

Composizione del nucleo familiare (come da certificazione anagrafica alla data della presentazione del piano)

| | 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. |

| PARTICOLARI SITUAZIONI DI DISAGIO | | barrare con una x |
|--|--|-------------------|
| 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 soli familiari di età superiore ai 75 anni | | |
| 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 | | |

- di **confermare** i dati comunicati in quanto non sono subentrate variazioni rispetto alla precedente annualità **oppure**
- di comunicare le seguenti **variazioni significative riferite all'anno 2025**

| SERVIZI FRUITI | Soggetto erogatore (Comune, ASL, Presidio Ospedaliero, PLUS, Associazioni convenzionate, ecc) | n. ore settimanali | n. settimane annuali |
|--|--|--------------------|----------------------|
| 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. |

| CARICO ASSISTENZIALE (ELENCO SERVIZI) | Soggetto erogatore (Comune, ASL, Presidio Ospedaliero, PLUS, Associazioni convenzionate, ecc) | 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.3 comma 3 Indicare le ore di permesso dal lavoro fruite 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 fruitti (sport terapia, ecc.) | | | |

DICHIARA INOLTRE

che l'ISEE 2026 con scadenza 31/12/2026 del nucleo familiare in cui è inserita la Persona per la quale si chiede la predisposizione del Piano Personalizzato 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 | barrare con una x |
|---|-------------------|
| Servizio educativo (con personale in possesso di laurea in scienze dell'educazione o titoli equipollenti) mediante libero professionista | |
| Servizio educativo (con personale in possesso di laurea in scienze dell'educazione o titoli equipollenti) mediante convenzione con una Cooperativa sociale | |
| Assistenza personale e/o domiciliare mediante assunzione diretta di un ASSISTENTE FAMILIARE mediante CCNL domestici | |
| Assistenza personale e/o domiciliare mediante convenzione con una Cooperativa sociale | |
| 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 | |

Silius, li _____

Firma leggibile o digitale del dichiarante

ALLEGATO D

PIANI PERSONALIZZATI IN SOSTEGNO DELLE PERSONE CON DISABILITA' GRAVE.
LEGGE 162/98 – GESTIONE
2026 – DGR N. 57/32 DEL 05/11/2025.

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 veritieri, di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

che la persona destinataria del piano ha percepito nell'anno 2025 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 emofiliici 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)
- Dichiaraione 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 (Quadro A)
- Fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità del destinatario del Piano (Quadro B);
- 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'accreditto delle somme da rimborsare NECESSARIAMENTE intestato al beneficiario