

**OGGETTO: “Piani Personalizzati Legge 162/98”. Trasmissione documentazione aggiornamento Piani in corso.**

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 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**

Numero Piano in corso	
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 revisione L. 104/92	

## CHIEDE

### **l'adeguamento del Piano Personalizzato Legge 162/98 attualmente in corso**

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 al beneficiario del Piano in corso al 31/12/2023, contenuti nel QUADRO A e/o nel QUADRO B
2. che il beneficiario del Piano 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 gli eventuali 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 confermare, per l'annualità 2024, l'Allegato B – DGR 34/30 del 18/10/2010 (SCHEDA SANITARIA) inserito nel Piano predisposto per l'annualità 2023 (scadenza proroga al 30/04/2024);
- di confermare, per l'annualità 2024, i dati e le informazioni (relativi all'annualità 2022), forniti per la predisposizione dell'Allegato C – annualità 2023 - relativi a:
  - servizi fruiti settimanalmente
  - carico familiare
  - particolari situazioni di disagio
  - tipologia di intervento richiesto
  - tipologia di gestione (diretta da parte del Comune o indiretta da parte della Famiglia)

### **oppure (in alternativa)**

- che la situazione del beneficiario ha subito, nel corso del 2023, variazioni nelle sezioni di seguito specificate, **delle quali ci si impegna a darne tempestiva comunicazione al Servizio Sociale:**
  - servizi fruiti settimanalmente
  - carico familiare
  - particolari situazioni di disagio
  - tipologia di intervento richiesto
  - tipologia di gestione (diretta da parte del Comune o indiretta da parte della Famiglia)

6. di autorizzare il trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679.

Silius, li \_\_\_\_\_

(data)

Firma leggibile o firma 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	
Residenza	
Indirizzo	
Numero civico	
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 2023** 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)	€
<b>TOTALE</b>		€

DICHIARA di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679, i dati personali da me forniti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Silius, \_\_\_\_\_  
(data)Firma leggibile o firma digitale del dichiarante  
\_\_\_\_\_

**Allega alla presente richiesta (barrare le voci che interessano):**

- 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**
- Dichiarazione sostitutiva dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) del nucleo Familiare dell'assistito in corso di validità oppure copia dell'ISEE **scadenza 31/12/2024**
- 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 nel caso in cui si ritenga di presentarne una scheda aggiornata che ne attesti l'aggravamento)**
- copia conforme all'originale del decreto di nomina a tutore o curatore o amministratore di sostegno (qualora non sia già agli atti del Comune);
- copia IBAN per l'accredito delle somme da rimborsare **NECESSARIAMENTE intestato al beneficiario** (qualora non sia già agli atti del Comune o variato rispetto alla precedente annualità).

---

**Note (Spazio riservato al Servizio Sociale)**