



COMUNE DI DONORI
PROVINCIA SUD SARDEGNA

**DOMANDA PER LA PREDISPOSIZIONE DEI NUOVI PIANI PERSONALIZZATI DI
SOSTEGNO PER DISABILI GRAVI AI SENSI DELLA LEGGE N° 162/1998.
ANNUALITA' 2019 GESTIONE 2020**

Spazio riservato per il timbro di Protocollo

Al Comune di DONORI
Servizio Sociale

Il/La Sottoscritto/a _____ nato/a a _____
(Prov. _____) il ___/___/___ residente a Donori in via _____
n. _____ Cod. Fisc. _____ tel. _____
in qualità di:

- Persona disabile in situazione di gravità*
 Genitore
 Esercente la potestà o la tutela
 familiare

CHIEDE

Per

Nome e Cognome _____ nato a _____
il ___/___/___ residente a Donori via _____ n° _____

Codice fiscale _____ telefono _____

già riconosciuto “portatore di handicap in situazione di gravità” (ex articolo 3 legge 104/92) dalla Commissione sanitaria della ex ASL n° ____ di _____ in data ____/____/____

LA PREDISPOSIZIONE DEL PIANO PERSONALIZZATO DI SOSTEGNO DA ATTIVARSI NEL 2020 AI SENSI DELLA LEGGE 162/98.

Medico di Medicina generale/Pediatra _____

A tal fine, il sottoscritto, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000.

Che il proprio ISEE 2020 ammonta a € _____.

DICHIARA

QUADRO A			
COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE			
<ul style="list-style-type: none">• che sono presenti nel nucleo familiare n. _____ disabili (<i>allegare copia della certificazione di invalidità civili e L. 104/92</i>);• che sono presenti nel nucleo, familiari affetti da gravi patologie sanitarie (<i>allegare copia della certificazione sanitaria</i>);• che il proprio stato di famiglia <u>alla data di presentazione della domanda</u> è così composto:			
N.	COGNOME E NOME	DATA E LUOGO DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA
1	DESTINATARIO DEL BENEFICIO		=====
2			
3			
4			
5			
6			

Il sottoscritto chiede, nel caso di accoglimento dell'istanza, che il rimborso del contributo per il piano personalizzato avvenga nel modo indicato:

Riscossione diretta con contanti presso la Tesoreria Comunale o le Agenzie del Banco di Sardegna

*Accredito sul c.c. bancario n. _____ Banca _____
sede di _____ IBAN _____ intestato al Beneficiario;*

*Delega a favore di _____, nato a _____ il
_____, residente in _____ Via _____ Cod.
fisc. _____.*

*Delega a favore di _____, nato a _____ il
_____, residente in _____ Via _____ Cod.
fisc. _____ mediante accredito sul c.c. bancario n.
_____ Banca _____ sede di _____
IBAN _____ intestato al delegato*

SOTTOSCRIZIONE DELL'ISTANZA DI AUTOCERTIFICAZIONE

Il/La Sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, giusto il disposto degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000, dichiara sotto la propria responsabilità che i dati forniti sono completi e veritieri.

Il/La Sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente al Comune di Donori – Area Amministrativa - Servizi Sociali, a pena della sospensione dei benefici, qualsiasi variazione riguardante i dati forniti nella presente autocertificazione, nonché quelli di carattere sanitario.

Donori, li _____

Firma del richiedente

QUADRO B INFORMATIVA SULLA PRIVACY Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 ("GDPR")

I dati acquisiti con la presente dichiarazione sostitutiva:

- devono essere forniti per l'istruttoria dell'istanza di accesso all'avviso pubblico per la presentazione delle domande per la predisposizione dei piani personalizzati per disabili in situazione di gravità ai sensi delle leggi n° 104/92 e n° 162/98;
- sono raccolti dal Comune di Donori ed utilizzati anche con strumenti informatici, al solo fine della predisposizione dei piani personalizzati di sostegno;
- possono essere comunicati ad altri enti esterni alla Pubblica Amministrazione anche per finalità di controllo della veridicità dei dati dichiarati;
- possono essere comunicati a terzi interessati in caso di favorevole accoglimento dell'istanza di accesso agli atti.

Il dichiarante può rivolgersi in qualsiasi momento al Comune di Donori per la verifica, aggiornamento, rettifica, cancellazione dei dati dichiarati ovvero per chiedere il blocco dei dati ed opporsi al loro trattamento se lo stesso è avvenuto in violazione di legge.

L'Ente a cui viene presentata la dichiarazione, e gli Enti cui sono trasmessi i dati della dichiarazione sono titolari del trattamento degli stessi ciascuno per le rispettive competenze.

Donori, li _____

_____ Firma del richiedente

Alla presente domanda si allegano i seguenti documenti:

barrare le caselle interessate

- Copia del *codice fiscale*;
- Copia fotostatica di un *documento di identità* del dichiarante, in corso di validità;
- Copia del verbale di *certificazione di invalidità civile* e L. 104/92 rilasciato dalla Commissione Medica della A.S.L. di appartenenza, con indicata la situazione di handicap in situazione di gravità, **del richiedente**;
- Copia del verbale di *certificazione di invalidità civile* e L. 104/92 rilasciato dalla Commissione Medica della A.S.L. di appartenenza, con indicata la situazione di handicap in situazione di gravità **di familiari conviventi**;
- Certificazioni sanitarie attestanti gravi patologie di **familiari conviventi**;
- Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà riguardante i redditi esenti IRPEF percepiti dal destinatario del piano nell'anno 2019, da compilare a cura del richiedente (Alleg. D);
- Eventuale Delega ad un familiare per la predisposizione del Piano Personalizzato qualora il beneficiario sia impossibilitato alla gestione dello stesso (Alleg. E);
- Attestazione ISEE socio sanitario 2020 del beneficiario ed ISEE ordinario 2020 per la verificare dei componenti del nucleo familiare del richiedente;
- Copia Scheda Salute ai sensi della deliberazione regionale 9/15 del 12/02/2013 (Alleg. B);
- Modulo permessi Leggi 104/1992;
- Copia della documentazione relativa all'IBAN per l'erogazione del contributo;
- Eventuale fotocopia del Decreto di nomina di Tutore o Amministratore di sostegno.
- Eventuale delega (Allegato E) ad un familiare per la predisposizione del Piano Personalizzato qualora il beneficiario sia impossibilitato alla gestione dello stesso;