SCADENZA 31 OTTOBRE 2014

Al Comune di Selargius
Area 1 Politiche Sociali, Pubblica Istruzione,
Promozione Culturale e Sportiva

Oggetto: Richiesta misure di sostegno in favore di persone in situazione di disabilità grave ai sensi della Legge n° 162/98 – Piani personalizzati di sostegno - anno 2015

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____ residente in _____
via _____ n° _____ tel _____
CF/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/, in qualità di:

- ☐ destinatario del piano
- ☐ amministratore di sostegno
- ☐ esercente la potestà genitoriale
- ☐ tutore e/o curatore
- ☐ altro familiare _____ (indicare il grado di parentela) in possesso di delega da parte del destinatario debitamente compilata e firmata

CHIEDE

In prima istanza ☐ In proroga ☐

La predisposizione del piano personalizzato di sostegno ai sensi della Legge 162/98 in favore di:

☐ se stesso
☐ del/la sig./sig.ra _____ nato/a a _____ il _____ residente in Selargius via _____ n° _____ tel _____
CF/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

Si allega la seguente documentazione:

1) certificazione comprovante il riconoscimento dell'handicap grave (art.3, comma 3, L. 104/92)
2) certificazione comprovante il riconoscimento dell'invalidità civile e/o aggravamento
3) dichiarazione dei redditi percepiti nell'anno 2013 – Attestazione I.S.E.E.
4) delega del destinatario per la predisposizione del piano personalizzato
5) copia del documento di riconoscimento del dichiarante in corso di validità
6) autocertificazione attestante l'esercizio della potestà genitoriale in caso di genitori separati (qualora il beneficiario del piano sia un minore)
7) certificazione sanitaria attestante l'eventuale compresenza di altri familiari componenti il nucleo familiare affetti da gravi patologie.

Data_____ Firma

_____

INFORMATIVA D.Lgs. 30.06.2003 – N° 196 – Art. 13
I dati dichiarati saranno utilizzati dall'Ufficio esclusivamente per l'istruttoria dell'istanza e per le finalità strettamente connesse.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(ART. 46 D.P.R. 28.12.2000 – N° 445)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente in _____ via _____ n° _____
Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n° 445, per le ipotesi di falsità in atti e per le dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Che il proprio nucleo familiare, ovvero il nucleo familiare del destinatario del piano di sostegno è così composto:

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Parentela
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Di aver percepito, ovvero che il destinatario del piano di sostegno ha percepito nell'anno 2013 i seguenti redditi:
- Indennità di invalidità civile € _____
- Indennità di accompagnamento € _____
- Indennità di frequenza € _____
- Pensione categoria _____ € _____
- Sussidio L.R. n° 20/97 € _____
- Sussidio L.R. n° 27/83 € _____
- Sussidio L.R. n° 11/85 € _____
- Altro _____
_____

Che il reddito percepito durante l'anno 2013 è stato pari ad € _____, come risulta dall' Attestazione I.S.E. allegata

Data _____ Il Dichiarante

_____

(La firma sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione non va mai autenticata)

DA COMPILARE SOLO PER I PIANI IN PROROGA

Il/La sottoscritto/a _____ , nato/a a _____ il _____, residente in _____ via _____ CF /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

In qualità di:

- ☐ destinatario del piano
- ☐ amministratore di sostegno
- ☐ esercente la potestà genitoriale
- ☐ tutore e/o curatore
- ☐ altro familiare (indicare il grado di parentela)_____

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n° 445, per le ipotesi di falsità in atti e per le dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

DIHIARA

1) Che non sono sopraggiunte modifiche alle condizioni di salute del destinatario del piano personalizzato di sostegno sig./sig.ra _____, pertanto si conferma la "scheda salute" allegata alla precedente istanza tenuta agli atti presso gli Uffici di Servizio Sociale
2) Ovvero si riserva di aggiornare la "scheda salute" per avvenuto aggravamento delle condizioni di salute del/la beneficiario/a

Lì, _____

Firma

_____

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____ residente in Selargius, Via _____ in qualità di beneficiario/a del piano personalizzato di sostegno ai sensi della L. 162/98

DELEGA

Il/la sig./sig.ra _____ in qualità di _____ (indicare il grado di parentela) alla compilazione della documentazione necessaria alla predisposizione del piano personalizzato di sostegno da avviare in mio favore.

Lì, _____

Firma

_____