

COMUNE DI PLOAGHE

Provincia di Sassari

Servizio Socio Assistenziale, Cultura, Istruzione, Sport e Spettacolo

servizisociali@comune.ploaghe.ss.it

servizisociali@pec.comune.ploaghe.ss.it



RICHIESTA ATTIVAZIONE PIANO PERSONALIZZATO di cui alla L. n.162/98

FINANZIAMENTI PER PIANI PERSONALIZZATI A FAVORE DI PERSONE CON GRAVE
DISABILITA'

Il/la sottoscritt _____	nat_ a _____	il _____
residente a _____	in Via _____	
n° _____	domiciliato/a a (se diverso dalla residenza) _____	
in Via _____	n° _____	Cod. Fisc. _____
mail _____	telefono _____	
cellulare _____		
in qualità di: <input type="checkbox"/> destinatario/a dell'intervento;		
<input type="checkbox"/> familiare di riferimento (indicare il rapporto di parentela) _____		
<input type="checkbox"/> incaricato della tutela;		
<input type="checkbox"/> titolare della potestà genitoriale;		
<input type="checkbox"/> amministratore di sostegno della persona destinataria dell'intervento:		
Cognome _____	Nome _____	
nat_ a _____	il _____ residente	
a _____	in Via _____	n° _____
domiciliat_ a _____	in Via _____	
n° _____	Cod. Fisc. _____	
tel. _____	cellulare _____	
mail _____		
posta elettronica certificata (pec) _____		

CHIEDE

**LA PREDISPOSIZIONE DI UN NUOVO PIANO PERSONALIZZATO AI SENSI DELLA
LEGGE N. 162/98**

a favore della persona, riconosciuta dalla commissione medica in situazione di grave handicap di cui all'art. 3,
comma 3 della Legge n. 104/92.

A tal fine il/la sottoscritto/a consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali vigenti e consapevole di quanto disposto dall'art. 75 del medesimo D.P.R. n. 445/2000 in merito alla decadenza dei benefici in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

- Di essere residente nel comune di _____

Che la propria famiglia anagrafica risulta così composta:

Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Relazione di parentela

Che all'interno del nucleo anagrafico del destinatario del piano sono presenti familiari in gravi e documentate condizioni di salute, come da certificati medici allegati;

- Che nei confronti del beneficiario/a del piano (barrare la voce interessata):

- È stato nominato un tutore o amministratore di sostegno (allegare Decreto);
- Non è stato nominato un tutore o amministratore di sostegno;
- È in corso la procedura di nomina del tutore/amministratore di sostegno;

- Che è in possesso del seguente Codice Iban (deve essere intestato alla persona beneficiaria del Piano o cointestato con quest'ultima):

- **Non sono ammissibili IBAN collegati a libretti postali.**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

AVVERTENZE

Il Comune di _____ si riserva di effettuare verifiche sulle dichiarazioni rese nella presente domanda e di segnalare eventuali difformità alle autorità competenti.

Luogo e data _____

Firma _____

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

- 1) Modulo attivazione del Piano Personalizzato handicap grave L.162/98;**
- 2) ISEE Socio Sanitario 2025 “RISTRETTO”;**
- 3) Copia Certificazione della situazione di handicap grave di cui all'art. 3, comma 3 della Legge n. 104/92;**
- 4) Certificazione medica attestante la condizione di gravità di salute di familiari appartenenti al nucleo del destinatario del piano;**
- 5) Copia del documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del dichiarante e della persona destinataria del piano;**
- 6) Copia del decreto di nomina di Amministratore di Sostegno/Tutore/Curatore.**
- 7) Allegato B - Scheda Salute (da consegnare al Medico di Base o Pediatra o Centro medico specializzato pubblico, per la compilazione);**
- 8) Allegato D - Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà di cui al DPR 445/2000.**