 **C O M U N E D I P L O A G H E**

Provincia di Sassari

Servizio Socio Assistenziale, Cultura, Istruzione, Sport e Spettacolo

[servizisociali@comune.ploaghe.ss.it](mailto:servizisociali@comune.ploaghe.ss.it)

[servizisociali@pec.comune.ploaghe.ss.it](mailto:servizisociali@pec.comune.ploaghe.ss.it)

**RICHIESTA RINNOVO**

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: □ destinatario/a dell'intervento;

□ familiare di riferimento (indicare il rapporto di parentela) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ incaricato della tutela;

□ titolare della potestà genitoriale;

□ 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 rivalutazione del piano a seguito di variazione della situazione SANITARIA attraverso la presentazione di una nuova SCHEDA SALUTE (***SOLO IN CASO DI AGGRAVAMENTO DELLA SITUAZIONE DI SALUTE*)**
* la rivalutazione del piano a seguito di variazioni nella propria situazione SOCIALE (**SOLO IN CASO DI VARIAZIONI DELLE SEGUENTI CONDIZIONI**:

 PRESENZA, nel nucleo familiare del richiedente, di ulteriori componenti in condizioni di disabilità, o invalidità, o condizioni di salute gravi, non certificati nell’anno precedente.

 DIFFERENTE COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE rispetto all’anno 2024, attualmente così composto:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| COGNOME E NOME | LUOGO DI NASCITA | DATA DI NASCITA | PARENTELA |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 VARIAZIONI RISPETTO AI SEGUENTI SERVIZI FRUITI E/O ALTRE VOCI:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SERVIZIO O ALTRE VOCI** | **N. ORE SETTIMANALI**  **ANNO 2024** | |
| ASSISTENZA COMUNALE DOMICILIARE (SAD) | ORE |  |
| SET (Servizio educativo territoriale attivato dal Comune) | ORE |  |
| FREQUENZA CENTRI DIURNI/SPECIALIZZATI | ORE |  |
| FREQUENTAZIONE ATTIVITÀ SPORTIVA | ORE |  |
| FREQUENZA SCOLASTICA | ORE |  |
| ASSISTENZA SCOLASTICA (fornita dal Comune) | ORE |  |

**DICHIARA**

 **di aver richiesto la certificazione ISEE 2025 per prestazioni socio sanitarie (ISEE ristretto) e di essere a conoscenza che in assenza di tale documento non verrà attivato alcun piano;**

 di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione del proprio recapito telefonico;

Dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs N. 196 del 30/03/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

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, solo nel caso di variazione della situazione sociale;**
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), solo nel caso di variazione della situazione sanitaria;**
8. **Allegato D - Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà di cui al DPR 445/2000.**