

Prot. n.

All. A-1 modulo rinnovo

Da presentare entro il
31/03/2025

COMUNE DI LORI PORTO SAN PAOLO

Alla c.a. della Responsabile Area Socio-Culturale

OGGETTO: L. 162/98 - RINNOVO E RIVALUTAZIONE

Piani personalizzati in favore di persone con disabilità grave ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/92. (in essere al 31.12.2024)

BENEFICIARIO/A: _____

Il/la sottoscritt*:

| | |
|--|--|
| Cognome | |
| Nome | |
| Luogo e data di nascita | |
| Codice fiscale | |
| Telefono | |
| Residente a Loiri Porto San Paolo | |
| E-mail | |
| Identificato a mezzo (di carta identità o patente) da allegare alla presente | |
| Rilasciata da | |

in qualità di

- destinatario del piano
- figlio/figlia
- incaricato/a della tutela (tutore, amministratore di sostegno, curatore)
- titolare della responsabilità genitoriale
- altro _____ della persona destinataria del piano

Del/la beneficiari*

| | |
|-----------------------------------|--|
| Cognome | |
| Nome | |
| Luogo e data di nascita | |
| Codice fiscale | |
| Telefono | |
| Residente a Loiri Porto San Paolo | |
| E-mail | |
| Identificato a mezzo | |

SERVIZIO SOCIALE

email per invio istanze protocollo.loiriportosanpaolo@legalmail.it
per informazioni - Assistente sociale - Dott.ssa Luisella Fogliano 0789 481126

| | |
|---|--|
| (di carta identità o patente) da allegare alla presente | |
| Rilasciata da | |

CHIEDE

- Il **RINNOVO** del piano personalizzato ai sensi della L.162/98, da realizzarsi nell'anno 2025 **mantenendo** la scheda salute dell'anno 2024

in suo favore

in favore di

Riconosciuto disabile grave ai sensi dell'art.3, comma 3, della L.104/92 già beneficiario del Piano Personalizzato di cui alla L. 162/98.

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 dello stesso DPR 445/2000

DICHIARA

MODALITÀ DI GESTIONE

Di voler gestire il finanziamento di cui all'oggetto attraverso la modalità:

- **DIRETTA** ovvero sarà il Comune ad attivare i Servizi in nome e per conto dell'utente beneficiario;
- **INDIRETTA** ovvero sarà l'utente beneficiario o familiare incaricato a gestire autonomamente il finanziamento assegnato, comprovandolo attraverso la presentazione agli Uffici del Servizio Sociale, delle pezze giustificative.

Che il **CODICE IBAN** sul quale accreditare il finanziamento (SOLO gestione indiretta) è il seguente:

| Paese | Cin Eur | Cin | ABI | CAB | Numero conto corrente |
|-------|---------|-----|-----|-----|-----------------------|
| | | | | | |

Intestato a _____

Che il **CODICE IBAN** sul quale accreditare il finanziamento (SOLO gestione indiretta) è invariato rispetto all'anno precedente

SITUAZIONE ECONOMICA:

- che il valore **ISEE 2025** rilasciato ai sensi delle modifiche apportate al DPCM n.159/2013 introdotte dalla Legge n. 89 del 26 maggio 2016 art. 2 sexies è pari a €. _____
- di allegare il modulo D – dichiarazione redditi e provvidenze percepite
- di essere a conoscenza che sui dati dichiarati ai sensi dell’art. 71 del D.P.R. n. 445 del 2000; nel caso di erogazione di una prestazione sociale agevolata, potranno essere eseguiti controlli, diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite ed effettuati, da parte della Guardia di Finanza presso gli istituti di credito e gli altri intermediari finanziari che gestiscono il patrimonio mobiliare, ai sensi dell’art 4, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, e 6, comma 3, del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 7 maggio 1999, n. 221, e successive modificazioni; potranno essere effettuati controlli sulla veridicità della situazione familiare dichiarata e confronti dei dati reddituali e patrimoniali con i dati in possesso del sistema informativo del Ministero della Finanze

SITUAZIONE ANAGRAFICA:

- che il nucleo è composto solo dal beneficiario dell’intervento
- che il nucleo familiare del/la destinatario/a del Piano è residente nel Comune di Loiri Porto San Paolo in Via /Piazza _____ n° _____ ed è così composto:

| n° | Cognome e Nome | Luogo di nascita | Data di nascita | Rapporto con il destinatario del piano |
|----|----------------|------------------|-----------------|--|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |

CONGEDI FAMILIARI:

in riferimento all’avvio degli interventi socio-assistenziali di cui alla L.162/98 **a favore del destinatario del piano dichiarato**

- che nessun familiare ***convivente*** del beneficiario ha fruito nell’anno **2024** dei permessi lavorativi retribuiti ai sensi della Legge 104/92.
- che il sig./sig.ra _____ nato/a _____ Residente a _____ in via _____ per l’assistenza a favore del beneficiario del piano in oggetto ha fruito nell’anno **2024** dei permessi lavorativi retribuiti ai sensi della Legge 104/92, per n. _____ settimane annuali, n. _____ ore settimanali e n. _____ ore complessive annuali.

A tal fine allega alla presente:

- Copia **rinnovo contratto di lavoro (lettera di assunzione) stipulato con la**
- **Cooperativa Sociale**
 - **Educatore Professionale**

- **Assistente familiare**
 - **altro** _____
- (barrare la voce che interessa);

- Copia **denuncia INPS**;
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà con indicazione dei redditi esenti IRPEF percepiti nell'**anno 2024 (Allegato D - RAS)**;
- Scheda di salute (Allegato B – RAS)** debitamente compilata e sottoscritta a cura del medico di Medicina Generale, da un Pediatra di Libera scelta o da altro Medico di struttura pubblica o convenzionato che ha in cura la persona con disabilità (**in caso di aggravamento** della situazione sanitaria);
- Fotocopia **documento d'identità** in corso di validità del destinatario del piano e del richiedente.

Ai fini del riconoscimento del punteggio per particolari situazioni di disagio si allegano i seguenti documenti: (barrare le voci che interessano):

- certificazione medica** recente ed esaustiva attestante che all'interno del nucleo familiare del disabile siano presenti familiari affetti da gravi patologie;
- dichiarazione sostitutiva** dell'atto di notorietà dalla quale risulti l'eventuale fruizione, da parte di una o più familiari del disabile, di permessi lavorativi retribuiti ai sensi della Legge 104/92, con la specificazione del soggetto erogatore (datore di lavoro), delle ore settimanali e del numero delle settimane annuali fruito.

Si impegna, in sede di colloquio fissato con il Servizio sociale a collaborare con lo stesso nella compilazione della **scheda sociale (Allegato C- RAS)** e a rilasciare la Dichiarazione sostitutiva RAS dell'atto di notorietà acclusa all'Allegato C) attestante la veridicità delle informazioni riportate nella Scheda Sociale.

Dichiara

- di presentare a corredo della presente istanza, **entro e non oltre il 31/03/2025**, (pena la decadenza dai benefici) l'**attestazione ISEE 2025** rilasciata ai sensi delle modifiche apportate al DPCM n.159/2013 introdotte dalla Legge n. 89 del 26 maggio 2016 art. 2 sexies.
- di aver preso visione dell'informativa privacy pubblicata sul sito web istituzionale [clicca qui](#).

Loiri Porto San Paolo, _____ Firma _____

INFORMAZIONE SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Regolamento UE 2016/679 – Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati

I dati personali forniti saranno trattati esclusivamente per le finalità relative al presente procedimento, con le modalità e nei limiti stabiliti dal vigente Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016. Il trattamento dei dati sarà effettuato mediante strumenti informatici oltre che manuali e su supporti cartacei, ad opera di soggetti appositamente incaricati. Il Titolare dei dati è il Sindaco pro tempore del Comune di Loiri Porto San Paolo.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Regolamento UE 2016/679 – Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati

_____, sottoscritt _____ esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali per le finalità relative al presente procedimento, con le modalità e nei limiti previsti dal vigente Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.

Loiri Porto San Paolo li ____/____/____

Firma per accettazione _____

N.B:

- Per i piani da attuarsi nel 2025 è confermato il criterio di carattere generale secondo il quale la gestione del progetto non può essere affidata ai parenti conviventi né a quelli indicati all'art. 433 del Codice Civile, escludendo ulteriori deroghe, salvo quanto previsto dalla deliberazione n. 3/23 del 31.1.2014.

SERVIZIO SOCIALE

email per invio istanze protocollo.loiriportosanpaolo@legalmail.it
per informazioni - Assistente sociale - Dott.ssa Luisella Fogliano 0789 481126