

All. A-2 modulo prima attivazione

Prot. n.

COMUNE DI LORI PORTO SAN PAOLO

Alla c.a. della Responsabile Area Socio-Culturale

OGGETTO: L. 162/98 - PRIMA ATTIVAZIONE

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

BENEFICIARIO/A: _____

Il/la sottoscritt*:

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

in qualità di

destinatario del piano genitore figlio/figlia tutore

oppure in qualità di:

incaricato/a della tutela titolare della potestà genitoriale amministratore di sostegno

altro _____ della persona destinataria del piano

CHIEDE

SERVIZIO SOCIALE

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

che venga predisposto un piano personalizzato ai sensi della L. n. 162/98 da realizzarsi nell'anno **2025**

in suo favore

in favore

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

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

che la persona destinataria del piano è stata riconosciuta disabile grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, della L.104/92 **in data**

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 _____

SERVIZIO SOCIALE

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

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.

il sig./sig.ra _____ nato/a _____ Residente a _____ in via _____ per l'assistenza a favore del beneficiario del

SERVIZIO SOCIALE

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

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:

- Certificazione di disabilità** grave rilasciata dalla Commissione per l'accertamento delle invalidità civili operante in seno all'ASL, ai sensi della L.104/92, art.3, comma 3;
- 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.
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà con indicazione dei redditi esenti IRPEF percepiti nell'**anno 2024 (Allegato D - RAS)**;
- Tessera sanitaria** del destinatario del piano
- Fotocopia **documento d'identità** in corso di validità del destinatario del piano e del richiedente.

Ai fini del riconoscimento del punteggio spettante 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 dall'Operatore 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.

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

Io 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

SERVIZIO SOCIALE

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

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.loiripertosanpaolo@legalmail.it
per informazioni - Assistente sociale – Dott.ssa Luisella Fogliano 0789 481126