 COMUNE DI AUSTIS ***Provincia di Nuoro***

*Corso Vittorio Emanuele N. 20 – 08030 - Telef. 0784/67213/679001 - Fax 0784/67058*

*P.I. 00180590911-e-Mail:* *austis.comune@gmail.com* *- P.C.austis.comune@cert.ollsys.it*

*Sito Web:* [*www.comune.austis.nu.it*](http://www.comune.austis.nu.it)

##

##  **ALL’ UFFICIO SERVIZI SOCIALI**

#  **DEL COMUNE DI AUSTIS**

OGGETTO: L. 162/98 - **Richiesta per la predisposizione del piano personalizzato di sostegno a favore di persona con handicap grave. Annualità 2025.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di

🞏 **destinatario del piano** 🞏 **genitore**  🞏 **figlio/figlia** 🞏 **tutore**

oppure in qualità di:

🞏 incaricato della tutela 🞏 titolare della patria potestà 🞏 amministratore di sostegno 🞏 altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

della persona destinataria del piano

**CHIEDE**

che venga predisposto il piano personalizzato **DI PRIMA ATTIVAZIONE** per sostegno in favore di persone con handicap grave, ai sensi della L. n. 162/98 – annualità 2025

🞏 in suo favore

🞏 in favore del/la Sig./ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prov. \_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a AUSTIS in Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n° \_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Riconosciuto disabile grave ai sensi **dell’art.3, comma 3, della L.104/92**

**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.
* Copia **attestazione ISEE** **2025** di cui al DPCM DEL 05 dicembre 2013 n.159;
* **Scheda Salute** debitamente compilata e sottoscritta a cura del medico di Medicina Generale o altro specialista (**Allegato B**).
* **Scheda sociale** (la cui compilazione compete all’Operatore Sociale in collaborazione con il destinatario del piano o l’incaricato della tutela o titolare della patria potestà o amministratore di sostegno) – (**Allegato C**);
* **Dichiarazione sostitutiva** dell’atto di notorietà attestante la veridicità delle informazioni riportate nella Scheda Sociale;
* **Allegato D** relativo all’autocertificazione delle capacità economiche dell’utente;
* Fotocopia Codice fiscale e tessera sanitaria;
* Fotocopia documento d’identità in corso di validità del destinatario del piano e del richiedente;
* Eventuale altra certificazione sanitaria.

**Ai fini del riconoscimento del punteggio spettante si allegano i seguenti documenti**: (barrare le voci che interessano):

* Nel caso di presenza all’interno del nucleo familiare del disabile di familiari affetti da gravi patologie, recente ed esaustiva certificazione medica attestante che il familiare è affetto da grave patologia;
* 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 annuali e del numero

delle settimane fruite.

**DICHIARA**

Inoltre che il codice IBAN - del conto corrente intestato o cointestato al BENEFICIARIO:

**🞏 bancario**

**🞏 postale**

è il seguente:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Paese** | **Chek**  | **Cin** | **ABI** | **CAB** | **N. CONTO** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

AUSTIS lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**N.B**. le domande dovranno essere presentate entro il giorno **30/03/2025** presso l’Ufficio Servizi Sociali o presso l’ufficio Protocollo del Comune di AUSTIS.