

SCADENZA PRESENTAZIONE

DOMANDA

02 MARZO 2021

Spett. le
COMUNE DI UTA
Assessorato Politiche Sociali
Ufficio Protocollo
09068 UTA

**DOMANDA PER L'AMMISSIONE
ALLA PROGRAMMAZIONE DEI PIANI PERSONALIZZATI DI SOSTEGNO
AI SENSI DELLA LEGGE 162/98 –
PROGRAMMA 2020 DA REALIZZARSI NELL'ANNO 2021- NUOVI PIANI**

Il/la sottoscritt___ Cognome_____ nome _____

Nato/a a _____ prov. _____ il _____

Residente a _____ in via _____ n° _____

Codice Fiscale //////////////// tel. _____

e-mail _____ in qualità di beneficiario o _____

(indicare se familiare, Amm.re di sostegno, Tutore, Curatore)

CHIEDE

Che venga predisposto un piano personalizzato di sostegno ai sensi della Legge n° 162 del 1998

in suo favore;

in favore del sig./ra-minore-amministrato _____ nato/a a

_____ prov. _____ il _____ residente in Uta in

via _____ n° _____ telefono _____

Codice Fiscale ////////////////,

A tal fine, il sottoscritto, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000, n. 445 (Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa) **CONSAPEVOLE** delle conseguenze penali previste per il caso di dichiarazioni mendaci (art. 76 DPR n. 445/2000) e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR n. 445/2000):

DICHIARA

- di essere in possesso della certificazione definitiva di cui all'art. 3 comma 3 della legge 104/1992 – riconoscimento dello stato di handicap in condizione di gravità al 31.12.2020;
- di non essere in possesso della certificazione definitiva di cui all'art. 3 comma 3 della legge 104/1992 – riconoscimento dello stato di handicap in condizione di gravità MA DI AVER EFFETTUATO LA VISITA al 31.12.2020;
- Che il proprio nucleo familiare è composto da n. _____ persone, di cui n. _____ disabili, in possesso del riconoscimento di handicap grave ai sensi della L. 104/92, art.. 3 comma 3;
- che il valore dell' ISEE per prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria, Anno 2021 è di € _____ - (L'ISEE è calcolato con riferimento al nucleo familiare di appartenenza del richiedente, che deve pertanto coincidere con i soggetti componenti la famiglia anagrafica. Per le persone disabili o non autosufficienti maggiorenni, la normativa vigente (DPCM 159/2013) prevede la possibilità di presentare L'ISEE SOCIOSANITARIO, relativo a percorsi domiciliari assistenziali rivolti a persone con disabilità o limitazione dell'autonomia, scegliendo un nucleo ristretto. Ciò vuol dire che il beneficiario delle suddette prestazioni, può se vuole, dichiarare ai fini di calcolo ISEE, un nucleo familiare composto da: beneficiario, coniuge, figli minorenni e figli maggiorenni a carico IRPEF, con l'esclusione di tutti gli altri componenti eventualmente presenti nel nucleo anagrafico; Per le persone disabili o non autosufficienti di età inferiore ad anni 18, incidono sulla attestazione ISEE i redditi dei genitori, conviventi e non).
- di essere informato/a che i dati personali raccolti sono obbligatori e saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per il procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa (artt. 10 e 13 D.lgs. 196/2003 e s.m.i. e degli artt. 13 e 14 del GDPR (Regolamento UE 2016/279) e di autorizzarne il trattamento;
- di essere informato/a che i dati, resi anonimi, potranno essere utilizzati anche per finalità statistiche (D.lgs. 281/1999 e s.m.i.);

(Firma)

DOCUMENTI DA ALLEGARE:

- copia fotostatica del documento d'identità in corso di validità e della tessera sanitaria del beneficiario e/o del dichiarante;
- copia del verbale definitivo comprovante il riconoscimento di handicap grave (art. 3, comma 3, legge 104/92) entro il 31.12.2020 o copia del verbale provvisorio attestante che la visita è stata effettuata entro il 31.12.2020 anche se la certificazione definitiva e' stata rilasciata successivamente a tale data.
- Attestazione ISEE 2021;
- scheda salute (Allegato B) compilata, firmata e timbrata dal medico di famiglia o dal pediatra di libera scelta e/o altro medico di struttura pubblica o convenzionata che ha in carico il beneficiario del progetto;
- autocertificazione degli emolumenti (pensioni, indennità, ecc..) percepiti dal beneficiario nell'anno 2020 (Allegato D);
- certificazione comprovante il riconoscimento dell'invalidità civile o altra certificazione sanitaria attestante che la disabilità è congenita o sopraggiunta entro il 35° anno di età;
- dichiarazione sostitutiva relativa al nucleo familiare e alla fruizione dei permessi ai sensi della Legge 104/92 da parte dei parenti conviventi;
- eventuale certificazione sanitaria (es. invalidità civile, ecc.) attestante che uno o più familiari conviventi siano affetti da gravi patologie.
- INFORMATIVA SULLA PRIVACY;

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____
 (cognome e nome)

Nato/a a _____ ()
 _____ il _____
 (luogo)

Residente a _____ in via _____
 (luogo) (indirizzo)

Codice Fiscale: _____

In qualità di

- destinatario del piano
- familiare curatore del piano
- incaricato della tutela
- titolare della patria potestà
- amministratore di sostegno

della persona destinataria del piano:

Cognome	Nome	Cod. Fisc

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 per i casi di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

- che la persona destinataria del piano ha percepito nell'anno 2020 i seguenti emolumenti:

- | | |
|--|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1- Pensione Invalidità civile | Importo annuale € _____ |
| <input type="checkbox"/> 2- Indennità di frequenza | Importo annuale € _____ |

- | | |
|---|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> 3- Indennità di accompagnamento | Importo annuale € _____ |
| <input type="checkbox"/> 4- Assegno sociale | Importo annuale € _____ |
| <input type="checkbox"/> 5- Pensioni o indennità INAIL | Importo annuale € _____ |
| <input type="checkbox"/> 6- Indennità o pensione per causa di guerra o servizio | Importo annuale € _____ |
| <input type="checkbox"/> 7- Assegni mensili continuativi erogati dalla Regione
per particolari categorie di cittadini: | |
| - L.R. n. 27/83 – Provvidenze a favore dei talassemici,
degli emofilici e degli emolinfopatici maligni | Importo annuale € _____ |
| - L.R. n. 11/85 – Provvidenze a favore dei nefropatici | Importo annuale € _____ |
| - L.R. n. 20/97 – Provvidenze a favore di persone affette da
patologie psichiatriche | Importo annuale € _____ |
| - L.R. n. 9/2004 – Provvidenze a favore di persone affette da
neoplasie maligne | Importo annuale € _____ |

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

- | | |
|---|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> 8-Altri contributi da Comuni e Aziende ASL | Importo annuale € _____ |
| <input type="checkbox"/> 9- Altro (specificare) _____ | Importo annuale € _____ |
| _____ | Importo annuale € _____ |
| _____ | Importo annuale € _____ |
| _____ | Importo annuale € _____ |

Dichiaro di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96, i dati personali da me forniti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

(luogo e data)

Il destinatario del piano o l'incaricato della tutela
o titolare della patria potestà o amministratore di sostegno

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

Informativa Privacy

DICHIARA

Di essere informato, ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016 del 27 aprile 2016, che i dati personali, acquisiti con la presente istanza:

- a) sono forniti per determinare le condizioni di ammissibilità del richiedente ai benefici previsti dalla Legge 162/1998;
- b) potranno essere trattati anche mediante strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento relativo alla presente istanza;

Titolare del trattamento dei dati, ai sensi dell'articolo 4 del Regolamento UE 2016/679 del 27 aprile 2016, è l'Amministrazione comunale di Uta, che riceve la domanda e valuta i requisiti soggettivi di ammissione, i cui dati di contatto sono riportati sul sito istituzionale;

Il dichiarante può richiedere, in qualunque momento al Comune di Uta, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento ai sensi del Regolamento UE del 27 aprile 2016, n. 679 e s.m.i nonché, proporre reclamo al Garante per la Protezione dei Dati Personali ai sensi del medesimo Regolamento.

Il rifiuto o l'opposizione al trattamento dei dati contenuti nella presente istanza non consentirà di accedere al servizio.

Il Responsabile della Protezione dei dati o "Data Protection Officer" (RPD o DPO), nominato dal Comune di Uta (per maggiori approfondimenti su nomina e compiti vedi artt. 37-39 "GDPR), è contattabile al seguente recapito: email: dpo@comune.uta.ca.i

Luogo e data

Firma
