

**RICHIESTA PER LA PREDISPOSIZIONE DEL PIANO PERSONALIZZATO DI
SOSTEGNO AI SENSI DELLA LEGGE N. 162/98 – ANNUALITA' 2024-**

**Al Comune di Senis
Al Responsabile del Servizio Sociale**

Il/La sottoscritto/a		
Nata/o a	il	
Residente a	in Via	N.
Domiciliato <small>(indicare solo se il domicilio è diverso dalla residenza)</small>		
a	in Via	N.
Codice fiscale		
Domicilio digitale (E-mail)		
Telefono	Cellulare	

CHIEDE

- Per se stesso
- In qualità di _____ (es: madre/padre/coniuge/figlio) del Sig./ Sig.ra

Nome e Cognome		
Nata/o a	il	
Residente a	in Via	N.
Domiciliato <small>(indicare solo se il domicilio è diverso dalla residenza)</small>		
a	in Via	N.
Codice fiscale		
Domicilio digitale (E-mail)		
Telefono	Cellulare	

di poter usufruire dei benefici (Piano Personalizzato) previsti dalla Legge 162/98 a favore della persona, riconosciuta disabile grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, Legge 104/92- per l'annualità 2024.

A tal fine dichiara di esprimere la preferenza per l'attivazione dei seguenti servizi:

- servizio socio-educativo;
- assistenza personale o domiciliare;

- soggiorno per non più di 30 giorni nell'arco di un anno presso strutture autorizzate ai sensi dell'art. 40 della L.R. 23 dicembre 2005, n. 23, o presso residenze sanitarie assistenziali autorizzate, limitatamente al pagamento della quota sociale.
- accoglienza presso centri diurni autorizzati ai sensi dell'articolo 40 della L.R. 23/2005 e presso centri diurni integrati di cui al D.P.R. 14.01.1997 e alle deliberazioni della Giunta regionale in materia di residenze sanitarie assistenziali e di centri diurni integrati, limitatamente al pagamento della quota sociale.
- attività sportive e/o di socializzazione.

Dichiara inoltre che in caso di finanziamento del piano personalizzato sceglierà la gestione:

- DIRETTA (la realizzazione del piano è gestita dal Comune di Senis)
- INDIRETTA (la realizzazione del piano è affidata alla famiglia attraverso l'assunzione di un operatore o a mezzo convenzione con Cooperative o Associazioni).

Dichiara infine che nell'anno **2023** ha usufruito dei seguenti servizi (sono esclusi i servizi erogati coi fondi della L. 162/98, l'assistenza scolastica di base ai sensi della L. 104/92, i servizi pagati privatamente e interamente dalla famiglia)

	Soggetto erogatore	n. ore	n. settimane annuali
Inserimento lavorativo/Servizio civile/Lavoro			
Frequenza scolastica			
Asilo nido			
Scuola materna			
Corsi di formazione			
Fisioterapia			
Assistenza domiciliare erogata da enti pubblici o da associazioni regolarmente convenzionate			
Assistenza domiciliare integrata			
Frequenza centri diurni (ANFFAS, Alzheimer, ecc.)			
Permesso dal lavoro per L. 104/92, art. 33 comma 3			
Ricovero, soggiorno e/o accoglienza in struttura pubblica o privata			
Frequenza Centri di aggregazione sociale comunali			
Trasporto			
Altri servizi fruiti (sport terapia, ecc.)			

e che presenta la seguente situazioni di disagio:

- persone con disabilità grave che vivono sole
- compresenza di più persone con disabilità grave nello stesso nucleo familiare che presentano il piano personalizzato;
- persone con disabilità grave che vivono con soli familiari di età superiore ai 75 anni o persone con disabilità grave che vivono con familiari affetti da gravi patologie da documentare con la certificazione di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento;
- famiglie con persona con disabilità grave a carico dove è presente un solo genitore o, in assenza di genitori, un familiare convivente;
- presenza nel nucleo familiare di altri figli sotto i tre anni.

CHIEDE

altresi che il rimborso di tutte le competenze spettanti ai sensi della legge in n oggetto, venga disposto secondo la seguente modalit :

CONTANTI tramite mandato di pagamento intestato:

Al sottoscritto

Al soggetto di seguito indicato che viene individuato quale **delegato**:

Nome e Cognome		
Nata/o a	il	
Residente a	in Via	N.
Codice fiscale		
Domicilio digitale (E-mail)		
Telefono	Cellulare	

ACCREDITO SU POST PAY C/C POSTALE C/C BANCARIO Intestato/cointestato al sottoscritto col seguente codice IBAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

A tal fine allega alla presente:

- (*Allegato B*) - Scheda salute debitamente compilata e sottoscritta a cura del medico di Medicina Generale o da altro medico di struttura pubblica -
- (*Allegato C*) - Scheda sociale (la cui compilazione compete all'assistente sociale in collaborazione con il destinatario del piano o l'incaricato della tutela o titolare della patria potest  o amministratore di sostegno o altro familiare di riferimento) –
- (*Allegato D*) - Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notoriet  CUMULATIVA attestante gli emolumenti non soggetti ad IRPEF percepiti nell'anno 2023 nonch  la veridicit  delle informazioni riportate nella Scheda Sociale
- (*Allegato E*) - Certificazione attestante le ore di permesso dal lavoro retribuito dei familiari che usufruiscono dei benefici di cui alla Legge 104/1992 per assistenza alla persona con disabilit 
- Certificazione della commissione per l'accertamento delle invalidit  civili attestante la condizione di gravit  permanente (L.104/92, art. 3, comma 3°) rilasciata in data ____/____/____ ;
- Dichiarazione ISEE 2024 per prestazioni socio-sanitarie
- Fotocopia documento d'identit  in corso di validit ;
- Eventuale certificazione di riconoscimento dell'indennit  di accompagnamento o di disabilit  grave (art. 3, c. 3 L. 104/92) di familiari conviventi.

Dichiaro di aver ricevuto tutte le informazioni di cui all'art. 13 Regolamento - (UE) 2016/679 (RGDP) in relazione ai dati contenuti nella modulistica, come da apposita informativa riportata sul retro del presente modulo che si intende sottoscritta unitamente alla firma apposta sul presente modulo.

Data

Firma

Il Comune di Senis, con sede in Senis Via V. Emanuele, N. 2, pec: protocollo@pec.comune.senis.or.it, tel: 0783/969031, nella sua qualità di Titolare del trattamento dei dati, tratterà i dati personali conferiti con la presente modulistica, sia su supporto cartaceo sia con modalità informatiche e telematiche, esclusivamente al fine di espletare le attività di erogazione dei servizi richiesti, nell'esecuzione dei compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei pubblici poteri propri dell'Ente, nel rispetto dei principi di cui al Regolamento UE 2016/679.

La informiamo che il trattamento dei Suoi dati personali avverrà secondo modalità idonee a garantire sicurezza e riservatezza e sarà effettuato utilizzando supporti cartacei, informatici e/o telematici per lo svolgimento delle attività dell'Amministrazione.

Il trattamento dei dati è improntato ai principi di liceità, correttezza e trasparenza e, in conformità al principio di cd "minimizzazione dei dati", i dati richiesti sono adeguati, pertinenti e limitati rispetto alle finalità per le quali sono trattati.

In particolare, i dati sono raccolti e registrati unicamente per gli scopi sopraindicati e saranno tutelate la Sua dignità e la Sua riservatezza.

Il conferimento dei dati di cui alla presente modulistica è obbligatorio ed il loro mancato inserimento comporterà l'applicazione delle disposizioni sanzionatorie espressamente previste dalla vigente normativa.

I dati raccolti con la presente domanda potranno essere comunicati, se previsto da norma di legge o di regolamento, ad altri soggetti pubblici espressamente individuati e/o diffusi, laddove obbligatorio, a seguito di pubblicazione all'Albo Pretorio On line (ai sensi dell'art. 32, L. 69/2009) ovvero nella Sezione del sito istituzionale dell'Ente denominata "Amministrazione Trasparente" (ai sensi del D. Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii).

Gli stessi dati potranno formare oggetto di istanza di accesso documentale ai sensi e nei limiti di cui agli artt. 22 e ss. L. 241/90, ovvero potranno formare oggetto di richiesta di accesso civico "generalizzato", ai sensi dall'art. 5, comma 2, e dall'art. 5 bis, D. Lgs. 33/2013.

I dati conferiti, saranno trattati dall'Amministrazione per il periodo necessario allo svolgimento dell'attività amministrativa correlata e conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

I dati saranno trattati esclusivamente dal personale, da collaboratori dell'Ente ovvero da soggetti esterni espressamente nominati come Responsabili del trattamento dal Titolare.

Al di fuori delle ipotesi sopra richiamate, i dati non saranno comunicati a terzi né diffusi.

Gli interessati hanno il diritto di chiedere al Titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento, ai sensi degli artt. 15 e ss. RGDP.

Apposita istanza è presentata al Responsabile della Protezione dei dati dell'Ente (ex art. 38, paragrafo 4, RGDP), individuato nella **Liguria Digitale S.p.A., con sede a Genova nella Via Melen, 77 – Tel: 010/65451 – email: info@liguriadigitale.it – pec: protocollo@pec.liguriadigitale.it**