



**DOMANDA PER LA PREDISPOSIZIONE DEL PIANO PERSONALIZZATO
AI SENSI DELLA LEGGE 162/98 – PROGRAMMA 2014**

Al Comune di Burcei
Ufficio Servizio Sociale

Il/la sottoscritto/a _____

Nat_____a _____prov. (_____) il _____

Residente a Burcei, via/Piazza _____ n. _____

Telef. _____ cell. _____ (recapito telefonico indispensabile)

Codice fiscale _____

CHIEDE

1) Che venga predisposto il piano personalizzato ai sensi della legge 162/98
(barrare la voce che interessa)

- In suo favore
- In favore del sig./sig.ra/minore _____

2) Nel caso in cui non sia beneficiario diretto, dichiara di essere:
(barrare la voce che interessa)

- Genitore
- Esercente la potestà, o la tutela, o la procura
- Amministratore di sostegno
- Altro _____

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

- di essere in possesso della certificazione attestante la condizione di “portatore di handicap in situazione di gravità” ai sensi della legge 104/92 art. 3 comma 3
- che il beneficiario del piano _____
o un suo familiare _____
ha usufruito nell’anno 2014 dei permessi di lavoro ai sensi della legge 104/92 art. 33 comma 3:

A. SI

B. NO

Indicare il soggetto erogatore – n. ore settimanali e n. settimane annuali: _____

Documentazione da allegare alla domanda:

- 1) Copia certificato comprovante lo stato di handicap grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/92
- 2) Attestazione ISEE **solo del beneficiario del piano**
- 3) Scheda salute (allegato B della Delib. n. 48/46 del 11/12/2012), compilata e firmata dal medico di medicina generale, o altro medico di struttura pubblica o convenzionata che ha in cura il paziente.
- 4) Allegato 3E – compilato e firmato dal medico di famiglia medicina generale, o altro medico di struttura pubblica o convenzionata che ha in cura il paziente.
- 5) Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000 (Allegato D alla Delibera n. 48/46 del 11/12/2012), compilato dal destinatario del piano o l'incaricato della tutela o titolare della patria potestà o amministratore di sostegno.
- 6) Modello per delega (solo nel caso in cui il beneficiario voglia delegare una terza persona alla compilazione e presentazione della domanda).
- 7) Modulo per le modalità di pagamento e il nominativo a cui erogare il rimborso mensile relativo al finanziamento RAS.
- 8) Certificazione relativa ad eventuali ricoveri in strutture pubbliche o private, servizio ADI (assistenza domiciliare integrata), frequenza centri diurni (ANFFAS, AIAS, ecc.), frequenza Centri di aggregazione sociale comunali, fisioterapia, Assistenza domiciliare erogata da enti pubblici o da associazioni regolarmente convenzionate, Corsi di formazione, altri servizi fruiti...

AVVERTENZE: le domande dovranno essere presentate all'ufficio protocollo entro il termine improrogabile 07/08/2015.

Burcei, _____

Il Dichiarante
