**Allegato 1**

|  |
| --- |
| **DOMANDA DI PRESENTAZIONE PIANO PERSONALIZZATO AI SENSI DELLA LEGGE 162/98 PROGRAMMA 2024 ANNUALITA’ 2025** |

**All’Ufficio Servizi Sociali del Comune di Burgos**

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cap.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_ Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (recapito telefonico indispensabile).

Codice Fiscale:□□□□□□□□□□□□□□□□

**in qualità di:**

□ Destinatario del piano □ Titolare della potestà genitoriale □ Incaricato della tutela

□ Amministratore di sostegno (allegare copia del decreto in corso di validità)

□ Altro familiare (indicare grado di parentela):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in possesso di delega da parte del destinatario da allegare alla domanda.

**CHIEDE**

che venga predisposto un piano personalizzato di sostegno ai sensi della Legge 162/98 a favore di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a Burgos, Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale:□□□□□□□□□□□□□□□□

Indicare se si tratta di: □ Piano nuovo □ Rinnovo (barrare la voce che interessa)

Si allegano le fotocopie di un documento di identità del destinatario del piano e del richiedente, in corso di validità.

**Firma**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ richiedente la predisposizione del piano personalizzato a favore di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **ai sensi dell’art. 46 del D.P.R 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del** **medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, sotto la propria** **responsabilità**

DICHIARA

(barrare la voce che interessa)

□ che il destinatario del piano è in possesso della certificazione di handicap grave ai sensi dell’art. 3, comma 3, della Legge 104/92. La certificazione deve essere posseduta entro e non oltre il 31 dicembre 2023

*Fatti salvi i casi di persone che alla scadenza della propria certificazione nel corso del 2023, pur avendo fatta richiesta agli organi preposti, non siano stati sottoposti a visita di revisione. In tal caso sarà accettata la copia della ricevuta della domanda di revisione presentata all’INPS in data .*

*Per le visite effettuate entro il 31.12.2022 e la relativa certificazione definitiva non sia stata ancora rilasciata, in sostituzione di tale certificazione può essere presentata la dichiarazione della Competente Commissione che ha visitato la persona con disabilità attestante il riconoscimento dello stato di handicap grave di cui all’art. 3, comma 3, della L. 104/92.*

□ che l’handicap grave del destinatario è congenito o sopravvenuto prima del compimento dei 35 anni di età, come risulta dall’Allegato 3, compilato dal Medico di Medicina Generale o dal Medico di struttura pubblica o dal Medico convenzionato che ha in cura il paziente;

□ di aver preso visione della nota informativa (Allegato 2) sui criteri di accesso per la predisposizione del piano personalizzato legge 162/98.

**Firma**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**A tal fine allega:**

**□** Fotocopia di un documento di identità, in corso di validità, del destinatario del piano e del richiedente;

**□** Fotocopia della certificazione di handicap grave, ai sensi dell’art. 3, comma 3, della Legge 104/92;

**□** Scheda Salute (Allegato B - allegata al presente modulo), compilata e firmata dal Medico di Medicina Generale o Pediatra di libera scelta e/o altro medico della struttura pubblica o medico convenzionato che ha in cura la persona con disabilità. Gli eventuali costi sono a carico del richiedente.

**□** Delega del destinatario per la presentazione della domanda e per la predisposizione del piano personalizzato.

**□** Allegato 3, compilato dal Medico di Medicina Generale o dal Medico Pediatra, attestante che l’handicap grave del destinatario è congenito o sopravvenuto prima del compimento dei 35 anni di età;

**□** Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, che dovrà essere compilata dal destinatario del piano o

l’incaricato della tutela o titolare della patria potestà o amministratore di sostegno - Allegato D, allegata al presente modulo;

**□** Certificazione ISEE 2023, rilasciato da un Centro di Assistenza Fiscale competente (CAF), in corso di validità.

**□** Per i tutori o amministratori di sostegno: fotocopia del decreto di nomina in corso di validità.

**□** Nel caso di genitori separati o divorziati, qualora uno dei due abbia l’affidamento esclusivo del minore, è necessario produrre autocertificazione da cui risulti l’affidamento esclusivo; qualora invece si tratti di affidamento congiunto, il genitore richiedente dovrà essere delegato per la presentazione, predisposizione e gestione del piano da parte dell’altro genitore.

**□** Nel caso di presenza all’interno del nucleo familiare del disabile di familiari affetti da gravi patologie: certificazione di riconoscimento dell’indennità di accompagnamento.

**□** Dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà dalla quale risulti l’eventuale fruizione, da parte di uno 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 di settimane fruite.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**In base alla normativa vigente qualunque dichiarazione mendace, falsità negli atti, uso o esibizioni di atti falsi contenenti dati non rispondenti a verità comporta l’irrogazione di sanzioni penali, nonché l’esclusione dal finanziamento del progetto e l’eventuale restituzione delle somme indebitamente percepite.**

**Il Comune effettuerà controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese e sulla documentazione prodotta, anche attraverso la richiesta di atti e documenti agli organi preposti.**

**Il Comune effettuerà verifiche sulla composizione del nucleo familiare, anche attraverso l’acquisizione d’ufficio dello stato di famiglia.**

**Il sottoscritto, in conformità di quanto sancito dall’art. 13 del D. Lgs 30 Giugno 2007 N. 196 *“Codice in materia di protezione dei dati personali”*, autorizza il trattamento dei dati personali da parte del Settore Servizi Sociali delComune di Burgos esclusivamente nell’ambito del procedimento connesso alla pratica della Legge62/98.**

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Il presente modulo di domanda dovrà essere debitamente compilato in stampatello, in ogni sua parte, sottoscritto e corredato di tutta la documentazione sopra elencata. La mancata compilazione, anche parziale, del modulo o la mancata presentazione anche di uno solo dei documenti richiesti comporterà la mancata attribuzione del punteggio o l’esclusione della domanda.**

|  |
| --- |
| Le domande potranno essere presentate a mano, all’Ufficio Protocollo del Comune di Burgos, oppure all’Ufficio Servizi Sociali , via Marconi n.1, oppure a mezzo pec: protocollo@comuneburgos.it |