

**DOMANDA PER LA PREDISPOSIZIONE DEI PIANI PERSONALIZZATI DI  
SOSTEGNO PER DISABILI GRAVI AI SENSI DELLA LEGGE N° 162/1998.**

**Rinnovi e Nuovi piani - ANNUALITÀ 2025**

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Mail/Pec: \_\_\_\_\_

in qualità di:

- Persona disabile in situazione di gravità (beneficiario)*  
 *Genitore*  
 *Esercente la potestà o la tutela*  
 *Familiare \_\_\_\_\_ (Indicare grado di parentela)*

**CHIEDE**

- IL RINNOVO di un piano in corso*  
 *LA PREDISPOSIZIONE di un NUOVO PIANO*

**DI CUI ALLA LEGGE 162/98 PER L'ANNO 2025**

Per  
Nome e Cognome \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Elmas via  
\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Codice  
fiscale \_\_\_\_\_

A tal fine, il sottoscritto, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000

**DICHIARA**

- che il destinatario del Piano personalizzato è in possesso del riconoscimento dell'handicap in situazione di gravità (ex articolo 3 comma 3 legge 104/92) con visita effettuata in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ con revisione disposta per \_\_\_\_\_;  
 di essere consapevole che la gestione del progetto non può essere affidata ai parenti conviventi né a quelli indicati all'art. 433 del Codice civile;  
 di voler aggiornare la **SCHEDA SALUTE** relativa alle condizioni del beneficiario in quanto sono variate le condizioni sanitarie dello stesso o  
 di NON aggiornare la **SCHEDA SALUTE** relativa alle condizioni del beneficiario in quanto **NON** sono variate le condizioni sanitarie dello stesso;

*Dichiara di avere preso visione dell'informativa inerente il trattamento dei dati personali nel perseguimento delle finalità connesse all'intervento L. 162/98 e di averla compresa in tutte le sue parti.*

*Dichiara di essere a conoscenza che le linee guida regionali approvate con Deliberazioni*

**Spett.le  
Comune di Elmas  
Ufficio Servizi Sociali**

*n.35/13 del 25.10.2023 e n.41/33 del 01.12.2023, stabiliscono che gli Enti locali possono attivare nuovi piani personalizzati L.162/98 nei limiti delle risorse assegnate per l'anno in corso e fatto salvo quanto necessario alla copertura del rinnovo dei piani in essere al 31.12.2024.*

A tal fine allega la seguente documentazione:

- Copia fotostatica del certificato con riconoscimento dello stato di Handicap in stato di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge 104/92;
  - Copia fotostatica del documento di identità del dichiarante in corso di validità;
  - Certificazione ISEE 2025 ai sensi dell'art.6 del DPCM n.159/2013;
  - Allegato B, "SCHEDE SALUTE", compilata dal Medico di Medicina Generale, Pediatra di libera scelta e/o altro medico della struttura pubblica che ha in carico il paziente; **LA SCHEDE DEVE ESSERE OBBLIGATORIAMENTE PRESENTATA PER LA RICHIESTA DEI NUOVI PIANI**
  - Allegato D, "DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'" relativo ai redditi esenti IRPEF e provvidenze eventualmente percepite dal beneficiario del piano;
  - Allegato F "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 fruito;
  - Per i tutori o amministratori di sostegno: fotocopia del decreto di nomina in corso di validità;
  - Delega del destinatario per la presentazione della domanda e per la rivalutazione del piano personalizzato;
  - Autocertificazione attestante l'esercizio della responsabilità genitoriale (in caso di genitori separati o divorziati), qualora il beneficiario del piano sia un minore:
    - nel caso di affidamento esclusivo del minore, autocertificazione prodotta dal genitore esercente;
    - nel caso di affidamento congiunto, autocertificazione prodotta da entrambi i genitori;
  - certificazione sanitaria attestante l'eventuale compresenza in famiglia di altri componenti del nucleo familiare affetti da grave patologia.
- Altro (specificare):\* \_\_\_\_\_

**\*I beneficiari di un progetto L. 162/98 attivo al 31.12.2024 in possesso di un contratto di gestione del finanziamento con operatore privato o in convenzione con Cooperativa, in scadenza al 31.12.2024, o coloro che hanno previsto variazioni contrattuali rispetto a quanto comunicato per la gestione del piano L.162/98 – anno 2024, dovranno far pervenire, unitamente alla domanda di proroga i contratti rinnovati per il periodo Gennaio-Aprile 2025, presso l'ufficio Protocollo del Comune.**

Elmas, lì \_\_\_\_\_

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**

Spett.le  
Comune di Elmas  
Ufficio Servizi Sociali

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 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, inviate via pec all'ufficio protocollo del Comune di Elmas – [protocollo@pec.comune.elmas.ca.it](mailto:protocollo@pec.comune.elmas.ca.it) - nei giorni di apertura al pubblico e dovranno pervenire improrogabilmente entro e non oltre le ore 11:00 del giorno \_ (data apposta dall'Ufficio Protocollo).

**L'Amministrazione non assume responsabilità per il ritardo o mancato recapito dovuto a disguidi del servizio postale.**

**N.B. le domande pervenute con qualsivoglia mezzo oltre il suddetto termine non verranno ammesse.**

#### SOTTOSCRIZIONE DELL'ISTANZA DI AUTOCERTIFICAZIONE

Il/La Sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, giusto il disposto degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000, dichiara sotto la propria responsabilità che i dati forniti sono completi e veritieri. Il/La Sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente al Comune di Elmas – Servizi Sociali, a pena della sospensione dei benefici, qualsiasi variazione riguardante i dati forniti nella presente autocertificazione, nonché quelli di carattere sanitario.

Elmas, li \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del richiedente