



COMUNE DI NURALLAO
Provincia di Sud Sardegna

Piazza Matteotti 09058 Nurallao Tel. 0782/815004/ 815278 – C.F. 8100013091

SERVIZIO SOCIALE

L. 162/98

**RICHIESTA PREDISPOSIZIONE PIANO PERSONALIZZATO
PERIODO MAGGIO - DICEMBRE 2025**

**AL SERVIZIO SOCIALE
COMUNE DI NURALLAO**

- NUOVO PIANO
- RINNOVO PIANO

OGGETTO: Richiesta predisposizione Piano Personalizzato ai sensi della L. 162/98 – Gestione 2025.

Il/La sottoscritto/a _____ nato a _____
il _____ residente a NURALLAO in
Via _____ n° _____
telefono _____, email _____ tipo
documento identita' _____ n. _____ rilasciato da _____ in data _____ con
scadenza il _____

in qualità di:

- destinatario del piano
- incaricato della tutela
- titolare della potestà genitoriale
- amministratore di sostegno
- altro _____

della persona **destinataria del piano:**

nome e cognome _____ nato/a _____
il _____ residente a NURALLAO in Via _____ n° _____
telefono _____;
tipo documento identita' _____ n. _____ rilasciato da _____ in data _____ con
scadenza il _____

CHIEDE

- la predisposizione del Piano Personalizzato ai sensi della L. 162/98
- la prosecuzione del piano personalizzato

in favore di _____

- di ricevere tutte le comunicazioni relative alla presente istanza al seguente indirizzo:

nome e cognome _____ relazione parentela _____

Indirizzo _____

e-mail _____ pec _____

cell. _____

A TAL FINE DICHIARA

ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali in cui potrebbe incorrere in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione od uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76, nonché dell'ulteriore sanzione della decadenza dai benefici prevista dall'art. 75, articoli entrambi dello stesso D.P.R. 445/2000 sotto la propria responsabilità, **per sé o per l'avente diritto**,

- che il destinatario del piano è in possesso di un **ISEE per “prestazioni socio sanitarie non residenziali”**

elaborato in data ____/____/2025 di € _____ (può essere presentata anche fotocopia dell'attestazione ISEE);

- **che nell'anno 2024** il destinatario del piano **oppure un familiare convivente** ha beneficiato dei **PERMESSI DA LAVORO LEGGE 104/92**

Beneficiario dei Permessi Legge 104/92		Soggetto erogatore/ Datore di lavoro	n. ore settimanali (A)	n. settimane anno 2024 (B)	n. ore annuali (A x B)
Cognome e Nome	Relazione di parentela con il				

- che il finanziamento ottenuto verrà utilizzato per la seguente tipologia di intervento

indicare tipologia _____

TIPOLOGIA DI SERVIZI DEI PIANI IN FAVORE DI PERSONE CON MENO DI 65 ANNI
a) servizio educativo; b) assistenza personale e/o domiciliare; c) accoglienza presso centri diurni autorizzati ai sensi dell'articolo 40 della L.R. n. 23/2005 e presso centri diurni integrati di cui al D.P.R. del 14.1.1997 e alle deliberazioni della Giunta regionale in materia di residenze sanitarie assistenziali e di centri diurni integrati, limitatamente al pagamento della quota sociale; d) soggiorno per non più di 30 giorni nell'arco di un anno presso strutture autorizzate ai sensi dell'art.40 della L.R. n. 23/2005 o presso residenze sanitarie assistenziali autorizzate, limitatamente al pagamento della quota sociale; e) attività sportiva e/o di socializzazione.
TIPOLOGIA DI SERVIZI DEI PIANI IN FAVORE DEGLI ULTRASESSANTACINQUENNI
a) assistenza personale e/o domiciliare; b) accoglienza presso centri diurni autorizzati ai sensi dell'articolo 40 della L.R. n. 23/2005 e presso centri diurni integrati di cui al D.P.R. n. 14.1.1997 e alle deliberazioni della Giunta regionale in materia di residenze sanitarie assistenziali e di centri diurni integrati, limitatamente al pagamento della quota sociale; c) soggiorno per non più di 30 giorni nell'arco di un anno presso strutture autorizzate ai sensi dell'art.40 della L.R. n. 23/2005 o presso residenze sanitarie assistenziali autorizzate, limitatamente al pagamento della quota sociale.

- di essere consapevole che il Piano Personalizzato, non potrà essere gestito o affidato ai parenti conviventi né a quelli indicati all'art. 433 del codice civile;
- di aver preso visione del bando, e di tutti gli atti inerenti la predisposizione del Piano Personalizzato ai

sensi della legge 162/98 e di accettarne le condizioni in essi contenute;

- di essere a conoscenza che tutte le informazioni e aggiornamenti sulla legge 162/98 verranno pubblicate esclusivamente nel sito istituzionale dell'Ente che si impegna a consultare periodicamente ma soprattutto in occasione delle scadenze.

Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi della vigente normativa in materia di tutela della privacy.

Luogo e data

In fede

SOTTOSCRIZIONE DELLA DICHIARAZIONE

- La presente dichiarazione è resa nell'interesse del soggetto che si trova in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute, dal coniuge o, in sua assenza, dal figlio o, in mancanza di questo, da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, al pubblico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante (barrare la casella se ricorre il caso);
- La presente dichiarazione è resa in nome e per conto del soggetto incapace da chi ne ha la rappresentanza legale (barrare la casella se ricorre il caso);

Se ricorre uno dei casi suddetti, ogni riferimento al "dichiarante", è da intendersi come riferimento al soggetto impedito o incapace nell'interesse o per conto del quale è redatta la dichiarazione.

INDICARE I DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CHE DICHIARA NELL'INTERESSE DEL SOGGETTO IMPEDITO O IN NOME E PER CONTO DEL SOGGETTO INCAPACE

Cognome _____ Nome _____

Grado di parentela o relazione con l'interessato _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Comune di residenza _____ Prov. _____

Indirizzo _____ n. _____ Cap. _____

Recapito telefonico _____

documento di riconoscimento _____ n. _____

C.F. _____

(allegare fotocopia carta d'identità e codice fiscale)

Luogo e data

In fede

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE:

- **Allegato B Scheda Salute**, che dovrà essere compilata e firmata dal Medico di Medicina Generale o dal pediatra di libera scelta e/o altro medico della struttura pubblica che ha in carico il richiedente (eventuali costi sono a carico esclusivo del richiedente);
- **Allegato C Scheda Sociale**, che dovrà essere compilata dall'Assistente Sociale in collaborazione con il destinatario del piano o l'incaricato della tutela o titolare della patria potestà o amministratore di sostegno;

- **Allegato D** Dichiarazione emolumenti percepiti nell'anno 2024;
- Certificazione di disabilità grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n. 104/1992;
- Decreto nomina eventuale tutore o amministratore di sostegno;
- Nel caso di genitori separati o divorziati, qualora uno dei due abbia l'affidamento esclusivo del minore, è necessario produrre atto di separazione o di divorzio dove viene disposto il medesimo affidamento esclusivo; qualora invece si tratti di affidamento congiunto, il genitore richiedente dovrà essere delegato mediante delega formale, da autenticare presso gli uffici comunali preposti, per la presentazione, predisposizione e gestione del piano da parte dell'altro genitore (solo qualora non sia già stato consegnato con le istanze precedenti);
- Certificazione medica, recente ed esaustiva, attestante che un familiare è affetto da grave patologia, nel caso di presenza all'interno del nucleo familiare del disabile, di familiari affetti da gravi patologie;
- 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 (solo qualora non sia già stato consegnato con le istanze precedenti);
- Allegato E: comunicazione IBAN bancario o postale intestato al beneficiario del piano con eventuale delega alla riscossione da parte di terza persona;