# stemma barumini**COMUNE DI BARUMINI**

# Provincia del Sud Sardegna

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

**Viale San Francesco 5 – c.a.p. 09021 – Barumini – tel. 070/9368024 – fax 070/9368033 – Email** [**s.socialebarumini@tiscali.it**](mailto:s.socialebarumini@tiscali.it)

**ISTANZA PER RINNOVO/ATTIVAZIONE DI UN PIANO PERSONALIZZATO AI SENSI DELLA LEGGE 162/98**

**GESTIONE 2022 - (Dal 01/05/2022 al 31/12/2022)**

Protocollo

**COMUNE DI BARUMINI**

**UFFICIO DI SERVIZIO SOCIALE**

**□** RINNOVO 2022 (già beneficiario nel 2021) **□** NUOVO PIANO

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 □ Genitore

□ Tutore □ Amministratore di sostegno

□ Altro (specificare)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

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

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a Barumini \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DOCUMENTI DA ALLEGARE**

**□ 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 in corso di validità;

**□ Scheda Salute** - Allegato B - allegata al presente modulo**,** che dovrà essere compilata e firmata dal Medico di Medicina Generale o dallo specialista di Ente Pubblico. Per i rinnovi la scheda sanitaria è facoltativa e va presentata solo nel caso di aggravamento, secondo i criteri riportati nell’allegato A della Deliberazione n° 9/15 del 12/02/2013.

**□ Modulo Informativa Privacy** (ALLEGATO C);

**□ Attestazione ISEE –** rilasciata nell’anno 2022;

**□ Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà** (ALLEGATO D) relativa ai redditi fiscalmente non imponibili (provvidenze varie, indennità di accompagnamento, pensioni INAIL ecc);

**□ Fotocopia** della documentazione attestante l’eventuale nomina di tutore o di amministratore di sostegno;

**AI FINI DEL RICONOSCIMENTO DEL PUNTEGGIO SPETTANTE SI ALLEGANO I SEGUENTI DOCUMENTI (barrare le voci che interessano):**

**□** Certificazione attestante la presenza nel nucleo familiare del destinatario del piano di altri familiari affetti da gravi patologie, (invalidità, certificazione L.104/92 art. 3. Comma 1 ecc, o altra certificazione);

Il presente modulo di domanda dovrà essere debitamente compilato in ogni sua parte, sottoscritto e corredato di tutta la documentazione sopra elencata.

**Le suddette domande dovranno pervenire all’Ufficio Protocollo del Comune entro il 15/03/2022**

**Acquisita la suddetta documentazione l’Ufficio comunale di Servizio Sociale provvederà alla predisposizione del piano personalizzato**

**------------------------------**

**DATI PER ACCREDITO BENEFICI**

* **Accredito CONTO BENEFICIARIO**

Conto intestato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **RIMESSA DIRETTA ( PRESSO SPORTELLO BANCO DI SARDEGNA)**
* **DELEGA PER LA RISCOSSIONE**

Nome : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_/\_\_/\_\_\_\_ **Firma del richiedente**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_