

Modulo di domanda da presentare in caso di aggravamento condizioni salute – (CON NUOVA SCHEDA SALUTE)

scadenza 28.02.2022

AL COMUNE DI VILLASOR
UFFICIO DI SERVIZIO SOCIALE

OGGETTO: Richiesta rivalutazione piano personalizzato di sostegno L.162/98 gestione 2021 in rinnovo per l'annualità 2022.

___ sottoscritt ___ nat_ a _____ il _____,

residente in _____, via _____ n° _____,

telefono _____, email _____

in qualità di:

destinatario del piano incaricato della tutela titolare della potestà genitoriale

amministratore di sostegno familiare (indicare il rapporto di parentela) _____

della persona destinataria del piano:

Cognome _____ Nome _____

nat_ a _____, il _____ e residente a Villasor,

Via _____ n. _____, riconosciut_ portatore di handicap grave ai sensi

della L.104/92, chiede che venga **rivalutato il piano personalizzato di sostegno ai sensi della L.162/98, con aggiornamento della scheda salute.**

Dichiara di avere preso visione della informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi del regolamento UE 2016/679 “GDPR”

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

- 1.** ISEE 2022 sociosanitario non residenziale, **(possibile presentarlo con nucleo “ristretto”)**
- 2.** copia del documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del dichiarante e del destinatario del piano;
- 3.** dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà' (Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) redditi esenti IRPEF (All. D)
- 4.** scheda Salute (All. B), **da allegare in caso di aggravamento delle condizioni di salute**
- 5.** copia del decreto di nomina nel caso il richiedente sia il tutore, curatore o amministratore di sostegno del destinatario del piano

Villasor, li _____

Firma

Allegato D

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL' ATTO DI NOTORIETA'
Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445

Il/la sottoscritto _____
(cognome) (nome)

Nato/a in _____ () il _____

Residente a _____ via _____ n. _____

Codice fiscale _____

In qualità di:

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

Destinatario del piano

Cognome _____ nome _____

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 per i casi di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

Che la persona destinataria del piano ha percepito nell' **anno 2021** i seguenti emolumenti:

- | | |
|---|-------------------------|
| 1) pensione invalidità civile | importo annuale € _____ |
| 2) Indennità di frequenza | importo annuale € _____ |
| 3) Indennità di frequenza | importo annuale € _____ |
| 4) Indennità di accompagnamento | importo annuale € _____ |
| 5) Assegno sociale | importo annuale € _____ |
| 6) Pensioni o indennità INAIL | importo annuale € _____ |
| 7) Indennità o pensione per causa di guerra o di servizio | importo annuale € _____ |

Assegni mensili continuativi erogati dalla regione
per particolari categorie di cittadini:

- L.R. n. 27/83 provvidenze a favore dei talassemici,
degli emofilici e degli emolinfopatici maligni importo annuale € _____
 - L.R. n. 11/85 provvidenze a favore dei nefropatici importo annuale € _____
- L.R. n. 20/97 provvidenze a favore di persone affette
da patologie psichiatriche importo annuale € _____
- L.R. n. 9/2004 provvidenze a favore di persone
affette da neoplasie maligne importo annuale € _____
 - Altri contributi da Comuni e Aziende ASL importo annuale € _____
- Altro (specificare) _____ importo annuale € _____

Dichiaro di avere preso visione della informativa privacy.

VILLASOR _____

Firma

Ai sensi dell'art. 38 DPR 445 del 28/12/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente incaricato ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia non autenticata del documento di identità del dichiarante