

SCADENZA AL 20 APRILE 2023

**AL COMUNE DI SUELLI
Ufficio Servizio Sociale**

**RICHIESTA DI RINNOVO E RIVALUTAZIONE PER L'ANNO 2023
Piani personalizzati persone con disabilità e non autosufficienti.
IN ATTO AL 31.12.2022 - LEGGE 162/98**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
prov. _____ il _____ residente a _____
Via/Piazza _____ n° _____ cap. _____ tel. _____
cell. _____

Codice fiscale

in qualità di

destinatario/a del piano genitore figlio/figlia tutore

oppure in qualità di:

incaricato/a della tutela titolare della potestà genitoriale amministratore di sostegno altro _____ (persona delegata) della persona destinataria del piano

CHIEDE

LA RIVALUTAZIONE del piano personalizzato ai sensi della Legge 162/98, da realizzarsi nell'anno 2023:

in suo favore

in favore del/la Sig./ra _____ nato/a a _____
prov. _____ il _____ residente a Suelli Via/Piazza _____
n° _____ tel. _____
cell. _____

Codice fiscale

Riconosciuto disabile grave ai sensi dell'art.3, comma 3, della L.104/92 dalla commissione medica entro il 31.03/2022.

A tal fine allega alla presente (barrare le voci che interessano):

Scheda di salute (Allegato B) - RAS) debitamente compilata e sottoscritta a cura del medico di Medicina Generale, da un Pediatra di Libera scelta o da altro Medico di struttura pubblica o convenzionato che ha in cura la persona con disabilità (da ripresentare solo in caso di aggravamento).

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante gli emolumenti esenti IRPEF percepiti nell'anno 2022 (Allegato D RAS);

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà allegata;

ISEE 2023 socio sanitario, rilasciato ai sensi delle modifiche apportate al DPCM n.159/2013 introdotte dalla Legge n.89 del 26 maggio 2016 art. 2 sexies

Fotocopia documento d'identità in corso di validità del destinatario del piano e del richiedente.

Ai fini del riconoscimento del punteggio spettante si allegano i seguenti documenti: (barrare solo le voci che interessano):

certificazione medica recente ed esaustiva attestante che nel nucleo familiare del disabile sono presenti familiari affetti da gravi patologie;

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dalla quale risulti l'eventuale fruizione, da parte di una 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 delle settimane fruito.

Codice IBAN del beneficiario del Piano Personalizzato

Si impegna inoltre a collaborare con il Servizio Sociale nella compilazione della scheda sociale (Allegato C) - RAS e a rilasciare la dichiarazione sostitutiva RAS dell'atto di notorietà acclusa all'allegato C) attestante la veridicità delle informazioni riportate nella Scheda Sociale.

Suelli, _____ **Firma** _____

Lo/a scrivente dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.lgs. n° 196 del 30/06/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa per cui presta il suo consenso per il trattamento dei dati personali e sensibili necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

Suelli, _____ **Firma** _____

N.B. : L'articolo 12, comma 2, del decreto-legge 6 dicembre 2011 n. 201 convertito, con modificazioni, dalla legge 22 dicembre 2011, n. 214, prevede il divieto per le pubbliche amministrazioni di effettuare pagamenti con denaro contante per un importo **superiore a 1.000 euro**.. Pertanto, per importi superiori a **1.000,00 euro** relativi i rimborsi di cui all'oggetto, è necessario **richiedere a questo Comune esclusivamente il pagamento tramite Bonifico Bancario o Postale intestato al beneficiario del Piano Personalizzato** dando contestualmente ai Servizi Sociali la comunicazione del **codice IBAN**. Si fa presente che la legge vieta i trasferimenti in denaro quando più pagamenti, inferiori a 1.000,00 euro, appaiono artificiosamente frazionati.