

**RICHIESTA PER LA PREDISPOSIZIONE DEL PIANO PERSONALIZZATO DI
SOSTEGNO AI SENSI DELLA L.162/98- PROGRAMMA 2015**

Comune di Sinnai

Alla FONDAZIONE POLISOLIDALE

l sottoscritto/a _____ nat_ a _____
il _____ residente a Sinnai, Via/Piazza _____ n° _____
telefono _____ cellulare _____ (recapito telefonico indispensabile),

CHIEDE

che venga predisposto un piano personalizzato di sostegno ai sensi della Legge 162/98:

in suo favore

in favore del sig./sig.ra/minore _____ nat_ a _____ il
_____ residente a Sinnai in via/piazza _____

DICHIARA

(barrare la voce che interessa)

di essere:

genitore;

parente (specificare il grado di parentela) _____

esercente la potestà, la tutela, o la procura;

amministratore di sostegno del sig./sig.ra/minore _____
riconosciuto "portatore di handicap in situazione di gravità (legge 5 maggio 1992, n.104 art.3 comma 3) per il
quale si richiede il riconoscimento del beneficio (**la certificazione della disabilità deve essere posseduta
entro e non oltre il 31 Dicembre 2014**);

sotto la propria responsabilità, per sé o per l'avente diritto, (ai sensi del D.P.R.445/2000), consapevole delle
sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci:

che l'handicap grave del destinatario è **congenito** o **insorto entro i 35 anni** per patologia acquisita.

Si allega la seguente documentazione:

consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del d. lgs. 196/2003;

fotocopia del documento d'identità e tessera sanitaria del beneficiario;

fotocopia del documento d'identità del richiedente;

copia certificato comprovante il riconoscimento dello stato di **handicap grave ai sensi dell'art.3, comma 3, L.104/92 che deve essere posseduta entro e non oltre il 31/12/2014** ;

attestazione **ISEE** ai sensi del DPCM n. 159/13 - redditi **anno 2013** del **nucleo familiare**;

certificazione di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento o certificazione medica attestante grave patologia (solo nel caso di presenza di familiari affetti da gravi patologie all'interno del nucleo familiare del disabile);

dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi dell'art.47 DPR 445/2000 (**allegato A**), inerente i servizi fruiti e il carico assistenziale;

scheda salute (allegato B alla Delib. G. R. 48/46 del 11/12/12), compilata e firmata dal medico di medicina generale, dal pediatra o da altro medico della struttura pubblica che segue e ha in carico la persona per la quale si chiede il piano.

scheda sociale (allegato C alla Delib. G. R. 48/46 del 11/12/12) e **dichiarazione sostitutiva atto di notorietà di chi non sa o non può firmare né dichiarare** (art. 4 D.P.R. 445 del 28/12/2000);

dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà relativa agli **emolumenti** percepiti nell'anno 2014, (**allegato D** alla Delib. G. R. 48/46 del 11/12/2012);

Sinnai _____

La/Il dichiarante

Le domande dovranno essere presentate entro il 3.08.2015 esclusivamente presso la sede della Fondazione Polisolidale via della Libertà n° 141.

Le domande pervenute con qualsivoglia mezzo, oltre il termine prescritto, non verranno ammesse.

Informativa ai sensi della legge 196/2003
“Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali”

Ai sensi della legge 196/2003, ed in relazione ai dati personali che la riguardano e che formeranno oggetto del trattamento, la informiamo di quanto segue:

- il trattamento è indispensabile ai fini dell'accesso al beneficio,
- il trattamento dei dati è realizzato dal personale del Comune di Sinnai, nonché da personale esterno all'ente (Fondazione Polisolidale) a cui l'amministrazione comunale ha affidato attività di supporto, verifica, controllo e monitoraggio dell' intervento, anche con l'ausilio di mezzi informatici.

Preso atto dell'informativa di cui sopra, il/ la sottoscritto/a acconsente al trattamento dei dati personali che lo/la riguardano, funzionale agli scopi per i quali è posto in essere.

Firma del richiedente

Tutela dati personali- Informativa di cui all'art.13 del D.lgs.n° 196/2003

- Titolare del Trattamento è il Comune di Sinnai, Responsabile del trattamento è la Dr.ssa Assistente Sociale Vilma Lecis.

- I dati forniti dalla S.V. sono utilizzati solo ed esclusivamente per le finalità strettamente connesse all'attività dell'ente locale, ed in particolare per lo svolgimento del presente procedimento.

- La conservazione dei dati avviene tramite archivi cartacei e/o informatici.

- I dati possono essere comunicati esclusivamente agli altri uffici comunali e alla Fondazione Polisolidale e non verranno in alcun modo diffusi.

- I partecipanti alla presente, possono esercitare i diritti previsti dagli artt. 7 e 8 del D.Lgs. n° 196/2003, rivolgendosi alla Dr.ssa Assistente Sociale Vilma Lecis, in qualità del Responsabile del trattamento.

- Resta salva la normativa del diritto di accesso agli atti amministrativi di cui alla Legge 241 del 7 agosto 1990 e successive modificazioni.

Verifica dichiarazioni rese e documentazione allegata

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 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.

Firma del richiedente
