

Prot. n. _____ del _____

Da presentare entro il
30.03.2024

COMUNE DI SORGONO
Alla c.a. della Responsabile Area
Socio-Culturale

OGGETTO: L. 162/98 - PIANI PERSONALIZZATI – ANNO 2024 – NUOVA ATTIVAZIONE:
Domanda

Il/la sottoscritt*:

| | |
|--------------------------------|--|
| Cognome | |
| Nome | |
| Luogo e data di nascita | |
| Residente a | |
| Via e n. | |
| E-mail | |
| Codice fiscale | |
| Telefono | |
| pec | |

in qualità di:

- destinatario dell'intervento;
- familiare di riferimento (indicare il rapporto di parentela) _____:
- incaricato della tutela/curatela;
- titolare della potestà genitoriale;
- amministratore di sostegno della persona destinataria dell'intervento;
- altro _____

(dati anagrafici da compilare se dichiarante diverso dal destinatario piano):

| | |
|--------------------------------|--|
| Cognome | |
| Nome | |
| Luogo e data di nascita | |
| Codice fiscale | |
| Telefono | |
| Residente a | |
| Via e n. | |
| E-mail | |
| pec | |

Riconosciuto disabile grave ai sensi dell'art.3, comma 3, della L.104/92 già beneficiario del Piano Personalizzato di cui alla L. 162/98.

A tal fine con piena consapevolezza delle responsabilità penali che mi assumo, ai sensi dell'articolo 76 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti e consapevole di quanto disposto dall'art. 75 del medesimo DPR 445/2000

DICHIARO:

- che quanto espresso nel modulo è vero ed è accertabile ai sensi dell'articolo 43 del citato DPR n. 445 del 2000, ovvero documentabile su richiesta delle amministrazioni competenti;
- che relativamente al piano in oggetto **CHIEDE che venga predisposto un piano personalizzato da realizzarsi nell'anno in corso a favore di _____**;
- che la persona destinataria del piano è stata riconosciuta disabile grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, della L.104/92 entro il 31.03.2024;
- Che relativamente alla **modalità di GESTIONE** del piano di voler gestire il finanziamento di cui all'oggetto attraverso la seguente modalità:

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> DIRETTA: ovvero sarà il Comune ad attivare i Servizi in nome e per conto dell'utente beneficiario | <input type="checkbox"/> INDIRETTA: ovvero sarà l'utente beneficiario o familiare incaricato a gestire autonomamente il finanziamento assegnato, comprovandolo attraverso la presentazione agli Uffici del Servizio Sociale, delle pezze giustificative |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

- che in favore del destinatario del piano (indicare obbligatoriamente una delle voci di seguito indicate):
 - E'** stato nominato un tutore o amministratore di sostegno;
 - NON E'** stato nominato un tutore o amministratore di sostegno;
 - E'** in corso la procedura di nomina del tutore/amministratore di sostegno;
- **SI RICORDA CHE I LIBRETTI POSTALI NON SONO ACCETTATI IN QUANTO NON E POSSIBILE FARE VERSAMENTI DA PARTE DEI COMUNI VERSO QUESTI ULTIMI PER AVERE IL VERSAMENTO È SUFFICIENTE ATTIVARE ANCHE UNA CARTA IBAN INTESTATA AL BENEFICIARIO DEL PIANO O COINTESTA CON IL BENEFICIARIO.**
- che le **COORDINATE BANCARIE (solo in caso di gestione di tipo indiretta), dove liquidare il contributo previsto sono:**

NUMERO _____
INTESTATO _____
A _____
PRESSO _____
AGENZIA _____
ABI _____
CAB _____
IBAN _____

- Che il **VALORE ISEE 2024 rilasciato** ai sensi delle modifiche apportate al DPCM n.159/2013 introdotte dalla Legge n. 89 del 26 maggio 2016 art. 2 sexies è pari a **€.** _____ **;**
- che i redditi percepiti sono quelli indicate nell'allegato alla presente, ovvero modulo D – dichiarazione redditi e provvidenze percepite;

- che il nuclei familiare del/la destinatario/a del Piano è composto:
 - solo dal beneficiario dell'intervento
 - è così composto:

| n° | Cognome e Nome | Luogo di nascita | Data di nascita | Rapporto con il destinatario del piano |
|----|----------------|------------------|-----------------|----------------------------------------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |

Che nessun familiare convivente del beneficiario ha fruito nell'anno 2023 dei permessi lavorativi retribuiti ai sensi della Legge 104/92.

- che il sig./sig.ra _____
- nato/a _____ Residente a _____
- in via _____ per l'assistenza a favore del beneficiario del piano in oggetto ha fruito nell'anno 2023 dei permessi lavorativi retribuiti ai sensi della Legge 104/92, per n. _____ settimane annuali, n. _____ ore settimanali e n. _____ ore complessive annuali.
- di essere a conoscenza che:
 - sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi DRP 445/2000, nel caso di erogazione di una prestazione sociale agevolata, potranno essere eseguiti controlli, diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite ed effettuati, da parte della Guardia di Finanza presso gli istituti di credito e gli altri intermediari finanziari che gestiscono il patrimonio mobiliare, ai sensi dell'art 4, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, e 6, comma 3, del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 7 maggio 1999, n. 221, e successive modificazioni; potranno essere effettuati controlli sulla veridicità della situazione familiare dichiarata e confronti dei dati reddituali e patrimoniali con i dati in possesso del sistema informativo del Ministero della Finanze
 - la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni comporta la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti ai provvedimenti emanati sulla base delle dichiarazioni non veritiere;

- l'acquisizione delle domande e l'accesso ai benefici potranno essere sospesi in caso di esaurimento delle risorse disponibili;
- di avere ottenuto tutte le informazioni sulla privacy effettuata ai sensi dell'art. 13-14 Regolamento (UE) 2016/679 (RGDP): che, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dalla normativa in materia sulla protezione dei dati, i dati personali raccolti conferiti con la presente modulistica, sia su supporto cartaceo sia con modalità informatiche e telematiche, saranno trattati dal Comune di SORGONO, con sede in SORGONO, Via C.SO IV NOVEMBRE email: comunesorgono@comune.sorgono.nu.it pec: comune.sorgono@pec.it tel: 0784 622529, nella sua qualità di Titolare del trattamento dei dati, esclusivamente al fine di espletare le attività di erogazione dei servizi richiesti, nell'esecuzione dei compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei pubblici poteri propri dell'Ente, nel rispetto dei principi di cui al Regolamento UE 2016/679. Trattamento: PREDISPOSIZIONE PIANI PERSONALIZZATI AI SENSI L. 162/98. Il trattamento dei dati è improntato ai principi di liceità, correttezza e trasparenza e, in conformità al principio di cd "minimizzazione dei dati", i dati richiesti sono adeguati, pertinenti e limitati rispetto alle finalità per le quali sono trattati. In particolare, i dati sono raccolti e registrati unicamente per gli scopi sopraindicati e saranno tutelate la Sua dignità e la Sua riservatezza. I dati vengono trattati per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico connesso all'esercizio di pubblici poteri (ex art. 6 p. 1 lett. e) per la concessione di prestazioni sociali e vantaggi economici; il trattamento è autorizzato dalla legge n. 328/2000 e dall'art. 2-sexsies lett. m) ed s), del D. Lgs. 30.6.2003 n. 196 inerente il trattamento di dati particolari necessari per motivi di interesse pubblico rilevante relativo ai fini della erogazione di benefici economici. Dati trattati: dati comuni anagrafici, Codice Fiscale; Dati reddituali e patrimoniali, certificati medici, etc.. La raccolta dei dati è gestita dai competenti uffici comunali sulla base del modello organizzativo adottato. I dati raccolti con la presente domanda potranno essere comunicati, se previsto da norma di legge o di regolamento, ad altri soggetti pubblici espressamente individuati e/o diffusi ad es. RAS, laddove obbligatorio, a seguito di pubblicazione all'Albo Pretorio On line (ai sensi dell'art. 32, L. 69/2009) ovvero nella Sezione del sito istituzionale dell'Ente denominata "Amministrazione Trasparente" (ai sensi del D. Lgs. 33/2013 e ss.mm. ii). I dati possono essere comunicati ad enti pubblici e privati, agli organi di controllo e vigilanza, alla Guardia di Finanza etc. in sede di accertamento relativo alla verifica dei requisiti. I dati verranno trattati per il tempo necessario alla consegna dell'assegno, conservati e cancellati in conformità alle vigenti normative in materia di archiviazione delle Pubbliche Amministrazioni. Gli stessi dati potranno formare oggetto di istanza di accesso documentale ai sensi e nei limiti di cui agli artt. 22 e ss. L. 241/90, ai sensi dell'art. 43, comma 2, TUEL da parte degli amministratori dell'Ente, ovvero potranno formare oggetto di richiesta di accesso civico "generalizzato", ai sensi dall'art. 5, comma 2, e dall'art. 5 bis, D. Lgs. 33/2013. Il conferimento dei dati è obbligatorio per poter

usufruire del beneficio in presenza dei requisiti; la conseguenza in caso di mancato conferimento dei dati comporta l'impossibilità di accedere al beneficio, ciò comporterà l'impossibilità di erogare il servizio richiesto (ovvero PREDISPOSIZIONE PIANI PERSONALIZZATI). I dati non raccolti direttamente dall'Interessato possono essere reperiti tramite accesso a banche dati interne e/o di altri enti pubblici anche ai fini della verifica del possesso dei requisiti, sempre e comunque per le finalità perseguite sopra indicate. Gli interessati possono esercitare il diritto di accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione dei dati; il diritto alla cancellazione o alla trasformazione in forma anonima dei dati se trattati in violazione di legge. L'interessato ha inoltre:

- il diritto di opposizione per motivi legittimi inviando una raccomandata a.r. al Titolare del trattamento sopra indicato;
- il diritto di proporre reclamo al Garante per la Protezione dei dati personali.

I dati conferiti, saranno trattati dall'Amministrazione per il periodo necessario allo svolgimento dell'attività amministrativa correlata e conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

- Consapevole di quanto comunicato esprimono il proprio consenso al trattamento dei dati personali comunicati

Si ALLEGA (biffare quanto di interesse):

- copia del documento di riconoscimento del destinatario del piano e del richiedente se persona diversa dal destinatario del piano;
- certificazione ISEE (obbligatoria);
- Certificazione di disabilità grave rilasciata dalla Commissione per l'accertamento delle invalidità civili operante in seno all'ASL, ai sensi della L.104/92, art.3, comma 3 rilasciata entro il 31.03.2024;
- scheda di salute (allegato B) compilato dal Medico di Medicina Generale/Pediatra o altro Medico della struttura pubblica o convenzionata – eventuali costi sono a carico del richiedente;
- dichiarazione sostitutiva (allegato D) che dovrà essere compilata dal destinatario del piano o l'incaricato della tutela o della patria potestà o amministratore di sostegno;
- copia del provvedimento del Tribunale di nomina di tutore o amministratore di sostegno (**DA PRESENTARE OBBLIGATORIAMENTE**);
- altro: _____
- Ai fini del riconoscimento del punteggio per particolari situazioni di disagio si allegano i seguenti documenti:** (barrare le voci che interessano):
 - **certificazione medica** recente ed esaustiva attestante che all'interno del nucleo familiare del disabile siano 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 del numero delle settimane annuali fruito.

Si impegna, in sede di colloquio fissato dall'Operatore Sociale a collaborare con lo stesso 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

NB:

Si precisa che:

- l'avvio dei nuovi piani potrà avvenire a partire del 1° maggio 2024, ma solo nel caso in cui l'ente locale disponga delle risorse necessarie e solo dopo aver garantito la copertura finanziaria dei piani in continuità al 31.12.2023, seguendo l'ordine cronologico delle domande presentate;
- per i piani da attuarsi nel 2024 è confermato il criterio di carattere generale secondo il quale la gestione del progetto non può essere affidata ai parenti conviventi né a quelli indicati all'art. 433 del Codice civile, escludendo ulteriori deroghe, salvo quanto previsto dalla deliberazione n. 3/23 del 31.1.2014.

Sorgono, li _____

FIRMA
