Protocollo n.	-
del	

ALL'UFFICIO SERVIZI SOCIALI COMUNE DI OLZAI (NU)

Oggetto: Fondo regionale per la non autosufficienza - Legge n. 162/1998 - Richiesta predisposizione piano personalizzato in sostegno delle persone con disabilità grave - Anno 2021.

Il/La sottoscritto/a		
nato/a a	() il	
residente a	() in Via	n,
Tel./cell.	C.F	
mail	PEC	
prescritto dall'art. 76 del succita veridicità del contenuto di talun	chiarazione mendace, sarà punito ai sensi da to D.P.R. n. 445/2000 e che, qualora dal da na delle dichiarazioni rese, decadrà dai bene e della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.I	controllo effettuato emerga la non fici conseguenti al provvedimento
	CHIEDE	
In qualità di:		
□ destinatario del piano perso	nalizzato;	
□ incaricato della tutela;		
□ titolare della potestà genitor	iale;	
□ amministratore di sostegno	della persona destinataria del piano;	
□ familiare di riferimento;		
(Grado di parentela)	(Cognome)	(Nome)
nato/a a	() il	
residente a	, (), in Via	n,
Telefono	Codice Fiscale	
la predisposizione del piano al 31 dicembre 2021.	o personalizzato in oggetto, da realizzar	rsi con decorrenza dal 1º maggio
Di scegliere la seguente modal	ità di gestione □ Diretta □ I	ndiretta

Il piano verrà predisposto, secondo i criteri e le modalità di cui alla normativa vigente, per l'attivazione del/degli intervento/i di:
□ Servizio educativo (solo per infrasessantacinquenni);
□ Assistenza personale e/o domiciliare;
□ Soggiorno per non più di 30 giorni nell'arco di un anno presso strutture autorizzate ai sensi dell'art. 40 della L.R. 23/2005 o presso residenze sanitarie assistenziali autorizzate, limitatamente al pagamento della quota sociale;
□ Accoglienza presso centri diurni autorizzati ai sensi dell'art. 40 della L.R. n. 23/2005 e presso centri diurni integrati di cui al D.P.R. 14.01.1997 e alle deliberazioni della Giunta regionale in materia di residenze sanitarie assistenziali e di centri diurni integrati, limitatamente al pagamento della quota sociale;
□ Attività sportive e/o di socializzazione (solo per infrasessantacinquenni);
□ Altro (specificare)
A tal fine DICHIARA che il destinatario del piano personalizzato in oggetto: □ è in possesso della certificazione medica, alla data del 31.03.2021 , attestante la condizione di handicap grave di cui all'art. 3, comma 3, Legge n. 104/1992, di cui si allega copia; **oppure* □ è in possesso della dichiarazione , rilasciata dalla competente Commissione medica che, entro il **31.03.2021, ha visitato l'interessato, attestante il riconoscimento dello stato di handicap grave di cui all'art. 3, comma 3, della L. n. 104/1992, di cui si allega copia; □ che il finanziamento richiesto verrà utilizzato per le finalità di cui alla Legge n. 162/1998 e che
l'intervento da realizzarsi garantirà i servizi nell'arco temporale stabilito dalla Regione Sardegna;
□ che l' ISEE 2021 per prestazioni socio-sanitarie redatto secondo la normativa vigente (DPCM n. 159/2013) é pari ad €, di cui si allega copia;
□ che, nell'anno 2020, ha fruito
□ per proprio conto <i>oppure</i> □ per l'assistenza a favore del/la sig./ra
dei permessi di lavoro ai sensi della L. n. 104/1992, per n settimane annuali e per n ore settimanali, per un totale complessivo di ore annue pari a n (e che il soggetto erogatore è (da compilare solo se ne usufruisce la persona interessata oppure il familiare convivente)
oppure
□ che nessun familiare convivente ha fruito, nell'anno 2020, dei permessi di lavoro ai sensi della L. n. 104/1992;

□ che la disabilità della persona destinataria del piano personalizzato è insorta entro i 35 anni di vita;
□ che la disabilità della persona destinataria del piano personalizzato NON è insorta entro i 35 anni di vita;
□ di essere a conoscenza che la gestione del piano personalizzato in oggetto NON potrà essere
affidata ai parenti conviventi, né a quelli indicati all'art. 433 del Codice Civile.
In caso di accoglimento della presente domanda si chiede che il rimborso delle spese sia corrisposto
tramite conto corrente intestato a
Istituto di credito
Codice IBAN (codice di caratteri alfanumerici):
(solo per la forma della gestione indiretta)
A 4-1 C11
A tal fine allega:
□ copia della certificazione medica attestante la condizione di handicap grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, Legge n. 104/1992;
□ copia della dichiarazione rilasciata della competente Commissione entro il 31.03.2021, ed attestante il riconoscimento dello stato di handicap grave di cui all'art. 3, c. 3 della L. n. 104/1992, dell'interessato del piano;
□ Dichiarazione Sostitutiva Unica con certificazione ISEE 2021 per prestazioni socio-sanitarie, ai sensi dell'art. 6 del D.P.C.M. n. 159/2013;
□ Scheda Salute, debitamente compilata;
□ Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà "Allegato D";
□ copia della documentazione attestante l'eventuale nomina di Tutore, di Curatore o di Amministratore di sostegno;
□ certificazione del Medico di Medicina Generale o dello Specialista o altra idonea certificazione, attestante che l'handicap grave del destinatario è congenito o insorto entro i 35 anni per patologia acquisita;
□ copia del documento d'identità, in corso di validità, del destinatario del piano e, se persona diversa, del richiedente, ovvero dell'incaricato alla tutela o del titolare della potestà genitoriale, o dell'amministratore di sostegno o del delegato o del familiare di riferimento;
□ altro
Olzai, lì Il/La sottoscritto/a

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, la Dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto, ovvero sottoscritta o inviata, all'ufficio competente, via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta, con allegata la fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante.

Informativa effettuata ai sensi dell'art. 13 Regolamento (UE) 2016/679 (RGDP)

Il Comune di Olzai, con sede Via Vittorio Emanuele n. 25, pec: protocollo@pec.comune.olzai.nu.it, tel: 0784/55001, nella sua qualità di <u>Titolare del trattamento dei dati</u>, tratterà i dati personali conferiti con la presente modulistica, sia su supporto cartaceo sia con modalità informatiche e telematiche, <u>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</u>, nel rispetto dei principi di cui al Regolamento UE 2016/679.

La informiamo che il trattamento dei Suoi dati personali avverrà secondo modalità idonee a garantire sicurezza e riservatezza e sarà effettuato utilizzando supporti cartacei, informatici e/o telematici per lo svolgimento delle attività dell'Amministrazione.

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.

Il conferimento dei dati di cui alla presente modulistica è facoltativo, ma un eventuale rifiuto di fornirli comporterà l'impossibilità per l'Amministrazione di utilizzare i dati per le finalità indicate, con la conseguenza che non sarà possibile l'erogazione dei servizi richiesti.

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, laddove obbligatorio, a seguito di pubblicazione all'Albo Pretorio On line (ai sensi dell'art. 32, L. n. 69/2009) ovvero nella Sezione del sito istituzionale dell'Ente denominata "Amministrazione Trasparente" (ai sensi del D. Lgs. n. 33/2013 e ss.mm.ii). 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, ovvero potranno formare oggetto di richiesta di accesso civico "generalizzato", ai sensi dall'art. 5, comma 2, e dall'art. 5 bis, D. Lgs. n. 33/2013.

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.

I dati saranno trattati esclusivamente dal personale, da collaboratori dell'Ente ovvero da soggetti esterni espressamente nominati come Responsabili del trattamento dal Titolare.

Al di fuori delle ipotesi sopra richiamate, i dati non saranno comunicati a terzi, né diffusi.

Gli interessati hanno il diritto di chiedere al Titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento, ai sensi degli artt. 15 e ss. RGDP.

Dichiaro di aver ricevuto tutte le informazioni di cui all'art. 13 RGDP in relazione ai dati contenuti nell'allegata modulistica.

Olzai, li		
	Firma	

Attenzione - Il presente modulo di domanda dovrà essere debitamente compilato in ogni sua parte, sottoscritto e corredato di tutta la documentazione sopra elencata. La mancata compilazione, anche parziale, del modulo o la mancata presentazione anche di uno solo dei documenti richiesti comporterà la mancata attribuzione del punteggio o l'esclusione della domanda.