



COMUNE DI ZEDDIANI
 Provincia di Oristano
 Via Roma, 103 - 09070 ZEDDIANI (OR)
 - Tel.0783/418000 – Int.3

UFFICIO SERVIZI SOCIALI

Spazio riservato all'Ufficio

Prot. N.DEL

Nuovo Piano con decorrenza

**All'Ufficio SERVIZI SOCIALI
 del Comune di Zeddiანი**

**OGGETTO: L. 162/98 – Annualità 2023/Gestione 2024 – Richiesta NUOVA ATTIVAZIONE
 Piano Personalizzato a favore di persone con disabilità grave riconosciuta ai sensi della
 L.104/92 art.3 comma 3.**

l_ sottoscritt_ _____

nat_ a _____ Prov. _____ il ____/____/____

residente a ZEDDIANI in via _____ n° _____

CODICE FISCALE																			
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

telefono _____ email _____

CHIEDE la NUOVA ATTIVAZIONE PER L'ANNO 2024

del piano personalizzato ai sensi della L.162/98 attivato a favore di:

se medesimo

oppure

altra persona (nome e cognome) _____

nat_ a _____ Prov. _____ il ____/____/____

residente a ZEDDIANI in via _____ n° _____

CODICE FISCALE																			
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

In qualità di:

familiare referente

titolare della responsabilità genitoriale

incaricato della tutela/curatela/amministrazione di sostegno (allegare decreto di nomina)

DICHIARA

(ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

di essere in possesso del riconoscimento ai sensi della L.104/92 art.3 comma 3;

di aver fatto compilare al proprio Medico la SCHEDA SALUTE;

di voler essere convocato dal Servizio Sociale del Comune per la predisposizione della SCHEDA SOCIALE al seguente numero _____

che il beneficiario del piano ha percepito **nell'anno 2023** i seguenti **EMOLUMENTI**:

TIPOLOGIA DI EMOLUMENTO	IMPORTO ANNUALE
1-Pensione Invalidità civile	
2-Indennità di frequenza	
3-Indennità di accompagnamento	
4-Assegno sociale	
5-Pensioni o indennità INAIL	
6-Indennità o pensione per causa di guerra o servizio	
7-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	
- L.R. n. 11/85 – Provvidenze a favore dei nefropatici	
- L.R. n. 20/97 – Provvidenze a favore di persone affette da patologie psichiatriche	
- L.R. n. 9/2004 – Provvidenze a favore di persone affette da neoplasie maligne	
8-Altri contributi da Comuni e Aziende ASL	
9- Altro (specificare)	

Di scegliere come modalità di pagamento del rimborso dovuto in casi di attivazione del piano, una delle seguenti opzioni: (barrare la scelta)

Bonifico bancario presso il conto corrente intestato o cointestato al beneficiario - **ALLEGARE FOTOCOPIA DELL'IBAN CON INTESTATARIO DEL CONTO CORRENTE BANCARIO O POSTALE** (scelta consigliata);

Quietanza diretta in denaro contante intestata al beneficiario del piano da ritirare presso il Tesoriere Banco di Sardegna di Zeddiani;

Quietanza diretta in denaro contante con delega alla riscossione a favore di _____ nato a _____ il _____ CF: _____ da ritirare presso il Tesoriere Banco di Sardegna di Zeddiani (allegare carta d'identità del delegante e delegato);

Di aver preso visione dell'avviso pubblico L.162/98 del Comune di Zeddiani e la relativa informativa al trattamento dei dati personali;

ALLEGA

Fotocopia di un **documento di identità e Codice Fiscale** in corso di validità del destinatario del piano e del dichiarante se diverso;

Fotocopia del verbale di riconoscimento **L.104/92 art.3 comma3**;

Attestazione **ISEE Socio-Sanitario 2024**;

SCHEDA SALUTE compilata dal Medico.

Zeddiani, lì _____

IL DICHIARANTE _____