**All’Ufficio Servizi Sociali**

**Del Comune di Zeddiani**

# OGGETTO: L. 162/98 – annualità 2024/gestione 2025 – Richiesta RINNOVO 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 il RINNOVO PER L’ANNO 2025

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

# se medesimo

*oppure*

* **altra persona** (nome e cognome)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 **VOLER** mantenere la SCHEDA SALUTE del precedente progetto (in caso non vi siano variazioni rispetto all’anno precedente)
* Di **NON VOLER** mantenere la SCHEDA SALUTE del precedente progetto e a tal fine allega la nuova scheda salute di aggravamento compilata dal Medico
* Di **VOLER** mantenere la SCHEDA SOCIALE del precedente progetto (in caso non vi siano variazioni rispetto all’anno precedente)
* Di **NON VOLER** mantenere la SCHEDA SOCIALE del precedente progetto e a tal fine chiede di essere contattato dal servizio sociale per l’aggiornamento della scheda
* Di confermare le modalità di pagamento dei rimborsi del precedente progetto o in caso contrario allega nuova dichiarazione sulle modalità di pagamento utilizzando il modulo predisposto dal comune.

 ⌧ Di aver preso visione dell’avviso pubblico del Comune di Zeddiani

⌧ Di aver preso visione dell’informativa al trattamento dei dati in calce all’avviso pubblico

# DICHIARA, inoltre

che la persona destinataria del piano ha percepito **nell’anno 2024** 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) |  |

# ALLEGA

* Fotocopia di un **documento di identità e Codice Fiscale** in corso di validità del destinatario del piano e del dichiarante se diverso (OBBLIGATORIO);
* **ISEE socio-sanitario 2025** (OBBLIGATORIO);

Zeddiani, lì

IL DICHIARANTE