



## **COMUNE DI GONNOSNO' - Provincia di Oristano**

Via Oristano n.30 - 09090 Gonnosnò (Or) Tel. 0783931678 - Fax 0783931679

### **SERVIZIO SOCIALE**

## **AVVISO**

### **PER L'ELABORAZIONE DEI PIANI PERSONALIZZATI DI SOSTEGNO A FAVORE DI PERSONE CON HANDICAP GRAVE (LEGGE N°162/98)**

**Programma 2012 Annualità 2013**

#### **IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO**

- **Vista** la legge n.104/92;
- **Vista** la legge n.162/98;
- **Vista** la deliberazione RAS n. 48/46 del 11/12/2012;
- **Vista** la Delibera di G.R. 51/15 del 28/12/2012;
- **Vista** la Delibera di G.R.52/9 del 10/12/2013
- **Rilevata** la necessità di rendere noto il presente Avviso al fine di garantire maggiore informazione sulle leggi in questione e informare gli eventuali cittadini interessati sulle modalità da seguire per la presentazione dell'istanza;

#### **RENDE NOTO**

**Che con le normative citate è data facoltà agli aventi diritto, di presentare apposita istanza per la predisposizione dei piani personalizzati (legge n.162/98).**

#### **DESTINATARI**

Hanno diritto le persone riconosciute in situazione di handicap grave, accertato ai sensi dell'art.3 comma 3 della Legge n.104/92 (requisito posseduto al 31/12/2013);

#### **PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE**

**La presentazione delle domande è fissata per il giorno 30/01/2014 .**

Per il modulo di domanda scaricabile dal sito dal Sito Ufficiale del Comune di Gonnosnò oppure presso il Servizio Sociale.

Gonnosno' 27/12/2013

**IL SINDACO**  
Basilio Pusceddu



**AL COMUNE DI GONNOSNO'**  
**UFFICIO SERVIZI SOCIALI**

**Oggetto: L. 162/1998 Piani personalizzati di sostegno a favore di persone con handicap grave Annualità 2013 – attuazione 2014 (da aprile a dicembre 2014).**

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, Residente a \_\_\_\_\_ in via/p.zza  
\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_ Tel/cell. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di beneficiare del contributo di cui all'oggetto per se stesso/a ovvero in qualità di

- Destinatario del Piano  
o
- Incaricato della tutela  
o
- Titolare della potestà genitoriale  
o
- Amministratore di sostegno della persona destinataria del piano.

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Luogo e Data di Nascita. \_\_\_\_\_ Residenza \_\_\_\_\_

Via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ Tel/Cell \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

**A tal fine Dichiara:**

- di essere in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente per accedere ai benefici della L. 162/98
- di essere consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti o uso di atti falsi, oltre alle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. n. 445/2000, l'Amministrazione provvederà alla revoca dei benefici eventualmente concessi, come previsto dall'art. 75 del medesimo D.P.R. 445/2000.
- Di dare il proprio consenso al controllo della corrispondenza di quanto dichiarato con le risultanze dei dati custoditi dalla competente amministrazione pubblica, ai sensi dell'art. 71, co. 3 del DPR n. 445/2000;
- Di essere a conoscenza che il trattamento dei dati personali forniti avverrà nel rispetto di quanto sancito dall'art. 13 del Decreto Legislativo. N. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei Dati Personali".

Allega alla presente:

- a. La **certificazione attestante l'handicap grave** ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/92 in corso di validità ( il requisito deve essere posseduto al 31/12/2013)
- b. La **Scheda Salute**, da far compilare dal proprio Medico di Medicina Generale (medico di base) o dal Pediatra di libera scelta o altro Medico di Struttura Pubblica.
- c. La **certificazione ISEE del solo assistito** relativa all'anno 2012;
- d. La **dichiarazione sostitutiva** dell'atto di notorietà attestante le altre entrate percepite dal titolare del piano nell'anno 2012, derivanti da pensioni assistenziali, rendite e altre provvidenze socio-sanitarie e le eventuali certificazioni di pensione di invalidità e di accompagnamento;
- e. Copia carta d'identità in corso di validità e codice fiscale

Luogo e Data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_