

- che il destinatario del piano è in possesso della certificazione di handicap grave, ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge 104/92; □
- che il destinatario del piano è in possesso della certificazione di handicap grave provvisoria in attesa di certificazione definitiva (per le visite effettuate entro il 31/12/2013);
- che l'handicap grave del destinatario è congenito o insorto prima del compimento del 35° anno d'età;
- che, all'interno del nucleo familiare del destinatario del piano, sono presenti altre persone con disabilità grave che presentano il piano personalizzato;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente l'eventuale revoca del riconoscimento dell'art. 3 comma 3 della L.104/92;
- di essere a conoscenza del fatto che l'amministrazione comunale, ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000 potrà disporre controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese;

Allega la seguente documentazione:

- Fotocopia della Documentazione attestante l'eventuale nomina di tutore o di amministratore di sostegno;
- Fotocopia Certificazione L.104/92, art. 3, comma 3, ottenuta entro e non oltre il 31/12/2013;
- Fotocopia Certificazione provvisoria di handicap grave, ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge 104/92 per le visite effettuate entro il 31/12/2013.
- "SCHEDE SALUTE" debitamente compilata dal medico di medicina generale o dal pediatra o da altro medico di struttura pubblica che ha in carico il paziente. Viene considerata valida la scheda salute già compilata per l'anno 2011 o 2012, salvo che l'interessato non ritenga di presentarne una aggiornata, supportata da certificazione medica attestante l'aggravamento;
- Fotocopia dichiarazione e attestazione ISEE riferita ai redditi del solo assistito percepiti nell'anno 2012;
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà relativa alle risorse economiche non dichiarate ai fini IRPEF;
- Copia del documento d'identità del destinatario del piano e del richiedente.

Ai fini del riconoscimento del punteggio spettante si allegano i seguenti documenti (barrare le voci che interessano):

- Certificazione sanitaria attestante la grave patologia di altri familiari, in caso di altra persona affetta da gravi patologie presente all'interno del nucleo familiare del disabile;
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dalla quale risulti l'eventuale fruizione, da parte di uno o più familiari conviventi con il disabile, di permessi lavorativi retribuiti ai sensi della Legge 104/92, con la specificazione del soggetto erogatore (datore di lavoro), e delle ore settimanali e annuali fruiti.

Escalaplano _____ **Firma** _____

Il sottoscritto, in conformità di quanto sancito dall'art. 13 del D. Lgs 30 Giugno 2007 N. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", autorizza il trattamento dei dati personali da parte del Settore Servizi Sociali del Comune di Escalaplano esclusivamente nell'ambito del procedimento connesso alla pratica della Legge 162/98.

Data _____ **Firma** _____

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 dei documenti richiesti comporterà la mancata attribuzione del punteggio o l'esclusione della domanda.

Il presente modulo di domanda dovrà pervenire entro e non oltre il 15.02.2014 all'Ufficio Servizio Sociale o all'Ufficio Protocollo del Comune di Escalaplano.

(N.B. Le domande pervenute oltre il suddetto termine non verranno ammesse.)