



# Comune di Maracalagonis

Area disabilità e Salute Mentale

## Domanda di presentazione del piano personalizzato L.162/98 - annualità 2026

### Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale						
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza					
Residenza										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
									<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata			

### domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

### in qualità di (questa sezione deve essere compilata solo se il dichiarante non è la persona fisica)

#### Ruolo

- ☐ destinatario del piano  
☐ genitore esercente la patria potestà (solo per i minori)  
☐ amministratore di sostegno  
☐ tutore  
☐ familiare o persona delegata (ovvero in possesso di delega formale da parte del destinatario)

#### ☐ per il seguente familiare o tutelato

Cognome		Nome		Codice Fiscale						
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza					
Residenza										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
									<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata			

## CHIEDE

che venga predisposto un piano personalizzato di sostegno ai sensi della Legge 162/98

- ☐ nuovo piano (prima annualità)
- ☐ rinnovo del piano (attualmente in corso) con aggiornamento della
- ☐ **SCHEDA SALUTE** qualora si ritenga che la situazione sanitaria del beneficiario si sia modificata dall'ultima valutazione. Allegare obbligatoriamente scheda salute (allegato b e b2), compilata, datata, firmata e timbrata dal medico di famiglia o dal pediatra di libera scelta o da altro medico di struttura pubblica.
  - ☐ **SCHEDA SOCIALE** qualora si ritenga che la situazione sociale del beneficiario (servizi fruiti, carico assistenziale familiare, particolari situazioni di disagio) si sia modificata dall'ultima valutazione.

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

### DICHIARA

- ☐ che il destinatario del piano è in possesso della certificazione di condizione di disabilità grave ai sensi dell'art.3, comma 3, della Legge 05/02/1992, n. 104
- | Data di revisione |
|-------------------|
|                   |
- ☐ che il destinatario del piano è in possesso della certificazione di condizione di disabilità grave ai sensi dell'art.3, comma 3, della Legge 05/02/1992, n. 104 per la quale non è prevista alcuna revisione

- ☐ che l'indicatore della situazione economica, ISEE 2026(\*)

Valore ISEE	Data di rilascio	Data di fine validità	Numero di protocollo INPS
€			

(\*) nel caso in cui la tabella soprastante non venisse completata in tutte le sue parti, il finanziamento sarà d'ufficio, irrevocabilmente soggetto a decurtazione (80% del totale) ed inoltre si rammenta che il comune provvederà ad effettuare i dovuti controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese

### DICHIARA INOLTRE

- ☐ di essere a conoscenza:
- per tutti i **piani nuovi** il beneficiario sarà contattato dal servizio sociale del comune di residenza per la valutazione e la redazione della scheda sociale.
  - Per i **piani in rinnovo**, qualora venisse flaggata "aggiornamento della scheda salute", l'utente non verrà ricontattato per la predisposizione della scheda sociale. Mentre, nel caso in cui venisse flaggata "aggiornamento della scheda sociale", l'utente verrà contattato per l'aggiornamento del suddetto documento.
  - Sono esclusi dall'inoltro dell'istanza telematica gli attuali **piani in proroga che non hanno subito variazioni sociali o sanitarie**, rispetto alla precedente valutazione. Per tali utenti, l'importo verrà rideterminato con decorrenza dal 01/05/2026 in base alla nuova certificazione ISEE 2026 Sarà cura della persona o suo delegato, fare richiesta della medesima certificazione ISEE, entro il 09/03/2025, pena l'applicazione della decurtazione massima dell'importo del finanziamento.

### DICHIARA INOLTRE (\*)

che la persona destinataria del piano ha percepito nell'anno 2025 i seguenti emolumenti

- ☐ 1. Pensione di invalidità civile
- Importo annuale
- 
- €

☐ 4. Assegno sociale

Importo annuale

€

☐ 5. Pensioni o indennità INAIL

Importo annuale

€

☐ 6. Indennità o pensione per causa di guerra o servizio

Importo annuale

€

☐ 7. Assegni mensili continuativi erogati dalla Regione per particolari categorie di cittadini

☐ A. Legge Regionale n.27/83 – Provvidenze a favore dei talassemici, degli emofilici e degli emolinfopatici maligni

Importo annuale

€

☐ B. Legge Regionale n. 11/85 – provvidenze a favore dei nefropatici

Importo annuale

€

☐ C. Legge Regionale n. 20/97 – Provvidenze a favore di persone affette da patologie psichiatriche

Importo annuale

€

☐ D. Legge Regionale n. 9/2004 – Provvidenze a favore di persone affette da neoplasie maligne

Importo annuale

€

☐ 12. RAC Plus (in caso affermativo barrare con una crocetta il livello assistenziale):

- ☐ A) Livello Assistenziale Base A con punteggio scheda salute superiore a 40 in persona ultra sessantacinquenne. In tutti gli altri casi vige l'incompatibilità

Importo annuale

€

- ☐ B) Livello Assistenziale Base B con punteggio scheda salute superiore a 40 in persona ultra sessantacinquenne. In tutti gli altri casi vige l'incompatibilità

Importo annuale

€

☐ 13. Altri contributi da Comuni e Aziende ASL

Importo annuale

€

☐ 14. altro

(specificare)

Importo annuale

€

☐ 15. NON ho percepito nessun emolumento nell'anno 2025

(\*) la dichiarazione sugli emolumenti percepiti NON implica alcuna modifica o variazione di punteggio o finanziamento.

## CHIEDE INOLTRE

che in caso di assegnazione del piano il contributo di rimborso venga erogato sul conto corrente intestato al beneficiario del piano o dal genitore esercente la responsabilità genitoriale per i minori, amministratore di sostegno o tutore

intestatario del conto corrente										
Cognome			Nome			Codice Fiscale				
Residenza										
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
									<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata			

**in qualità di** *(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)*

**Ruolo (\*)**

(\*) *Ruolo*: genitore, beneficiario, amministratore di sostegno, tutore,

**domiciliazione bancaria o postale del conto corrente (\*)**

**Filiale o istituto**

**IBAN**

**Codice BIC/Swift (se conto corrente estero)**

(\*) *i libretti postali non sono validi*

### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- ☐ fotocopia della documentazione bancaria o postale del conto corrente (IBAN)
- ☐ copia dell'allegato B 2 nel quale il medico dovrà specificare se l'handicap sia congenito/insorto prima dei 35 anni d'età
- ☐ copia della scheda di salute – allegato B
- ☐ copia dell'atto di delega e del documento di identità del destinatario del piano  
*(da predisporre in cartaceo con firma autografa da caricare sul portale, da presentare nel caso in cui l'istanza fosse presentata da un familiare o da un delegato del destinatario)*
- ☐ copia della certificazione comprovante il riconoscimento di condizione di disabilità grave, ai sensi dell'articolo 3, comma 3 della Legge 05/02/1992, n. 104  
*(obbligatoriamente in caso di nuovo piano o certificazione della legge 104/98 soggetta a revisione)*
- ☐ copia del decreto di nomina dell'amministratore di sostegno in corso di validità
- ☐ copia del documento di identità  
*(da allegare solo per i piani di nuova attivazione)*
- ☐ altri allegati

### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- ☐ dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Luogo

Data

il dichiarante