



COMUNE DI OLLOLAI

Uff. Servizi Sociali

Domanda per la concessione del contributo per la realizzazione dei piani personalizzati in favore di persone con handicap grave (legge 21 maggio 1998, n.162). Programma 2017/Gestione 2018.

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____ e residente
a _____ in via _____
tel. _____ CF _____

CHIEDE

Di beneficiare dei contributi sopra indicati per

- 1^ annualità
- Altro

A TAL FINE DICHIARA

- Di essere beneficiario della Legge 5 maggio 1992, n. 104 art.3 comma 3
- Di aver effettuato visita in data _____

OPPURE

- TUTORE
- CURATORE
- AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

Del/la sig./sig.ra _____
nato/a _____ il _____ e residente
a _____ in via _____
tel. _____ CF _____
beneficiario della L.104/92 (art. 3comma 3)

- Consapevole che in caso di 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 D.P.R. n. 445/2000;
- Il dichiarante è informato che il trattamento dei dati personali forniti avviene nel rispetto di quanto sancito dall'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

ALLEGA:

- Fotocopia delle **certificazione definitiva** di riconoscimento dell'handicap grave (L. 104/92) **RILASCIATA ENTRO IL 31/12/2017;**
- Certificazione ISEE 2018 per Prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria** (DPCM 159/2013, art.6);
- Allegato B “Scheda Salute”** debitamente compilata e firmata a cura del Medico di Medicina generale, Pediatra o altro medico della Struttura pubblica o convenzionata, che ha in cura la persona con disabilità;
- Allegato D** – Dichiarazione sostitutiva di Atto di notorietà;
- Eventuale Certificazione Sanitaria o altra documentazione attestante che la disabilità è congenita o sopraggiunta entro il 35° anno di età;**
- Eventuale copia del Provvedimento del Tribunale inerente la nomina di Tutore, Curatore o Amministratore di sostegno;
- Nel caso di presenza, all'interno del nucleo familiare del disabile, di altra persona affetta da gravi patologie,** fotocopia della certificazione di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento;
- Fotocopia del documento d'identità** personale del richiedente e del destinatario del Piano, in corso di validità.

Ollolai, lì _____

Il Dichiarante
