Al Responsabile del Servizio Sociale

del Comune di Padria

**RICHIESTA RIVALUTAZIONE**

**PIANO PERSONALIZZATO di cui alla L. n.162/98 – ANNO 2024**

**FINANZIAMENTI PER PIANI PERSONALIZZATI A FAVORE DI PERSONE CON GRAVE DISABILITA’**

Il/la sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ domiciliat\_ a (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_

Cod. Fisc. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di:

□ destinatario/a dell'intervento;

□ familiare di riferimento (indicare il rapporto di parentela) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ incaricato della tutela;

□ titolare della potestà genitoriale;

□ amministratore di sostegno della persona destinataria dell'intervento:

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_ domiciliat\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_

Cod. Fisc. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ posta elettronica certificata (pec) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

* la rivalutazione del piano personalizzato di cui alla L.162/98 – ***ASSENZA DI VARIAZIONI DELLE CONDIZIONI DICHIARATE IN PRECEDENZA;***

* la rivalutazione del piano a seguito di variazione della situazione SANITARIA attraverso la presentazione di una nuova SCHEDA SALUTE - ***SOLO IN CASO DI AGGRAVAMENTO DELLA SITUAZIONE DI SALUTE*;**
* la rivalutazione del piano a seguito di variazioni nella propria situazione SOCIALE - ***SOLO IN CASO DI VARIAZIONI DELLE SEGUENTI CONDIZIONI****:*
* PRESENZA, nel nucleo familiare del richiedente, di ulteriori componenti in condizioni di disabilità, o invalidità, o condizioni di salute gravi, non certificati nell’anno precedente.
* DIFFERENTE COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE rispetto all’anno 2023, attualmente così composto:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| COGNOME E NOME | LUOGO DI NASCITA | DATA DI NASCITA | PARENTELA |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* VARIAZIONI RISPETTO AI SEGUENTI SERVIZI FRUITI E/O ALTRE VOCI:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SERVIZIO O ALTRE VOCI** | **N. ORE/ GIORNATE ANNO 2023** | |
| ASSISTENZA COMUNALE DOMICILIARE (SAD) | ORE |  |
| SET (Servizio educativo territoriale attivato dal Comune) | ORE |  |
| CURE DOMICILIARI INTEGRATE | ORE |  |
| FREQUENZA CENTRI DIURNI | ORE |  |
| RICOVERO OSPEDALIERO | GIORNI |  |
| SOGGIORNO E/O ACCOGLIENZA IN STRUTTURA PUBBLICA O PRIVATA | GIORNI |  |
| FREQUENZA CENTRI DI AGGREGAZIONE SOCIALE | ORE |  |
| FREQUENTAZIONE ATTIVITÀ SPORTIVA | ORE |  |
| ATTIVITÀ LAVORATIVA O PROGETTI DI SERVIZIO CIVILE | ORE |  |
| FREQUENZA SCOLASTICA (devono essere considerate le ore previste per la regolare frequenza decurtate dalle ore di assenza annuali) | ORE |  |
| PERMESSI DA LAVORO PER L. 104/92 | ORE |  |

**DICHIARA**

* di aver richiesto la certificazione ISEE 2024 per prestazioni socio sanitarie (ISEE ristretto) e di essere a conoscenza che in assenza di tale documento verrà applicata la riduzione dell’80% al finanziamento del progetto;
* di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione del proprio recapito telefonico indispensabile per lo svolgimento del colloquio al fine della redazione della Scheda Sociale.
* Che nei confronti del beneficiario/a del piano (barrare la voce interessata):
* È stato nominato un tutore o amministratore di sostegno (allegare Decreto);
* Non è stato nominato un tutore o amministratore di sostegno;
* È in corso la procedura di nomina del tutore/amministratore di sostegno;
* Che è in possesso del seguente Codice Iban **(deve essere intestato alla persona beneficiaria del Piano o cointestato con quest’ultima):**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Allega alla presente la seguente documentazione:

**1. NEL CASO DI VARIAZIONI DELLA SITUAZIONE SANITARIA**

* SCHEDA SALUTE (Allegato B), compilata, firmata e timbrata dal medico di medicina generale, o dal pediatra di libera scelta, o da altro medico

**2. NEL CASO DI VARIAZIONI DELLA SITUAZIONE SOCIALE**

* Altra documentazione comprovante condizioni di disabilità, o invalidità, o condizioni di salute gravi riferite a familiari appartenenti allo stesso nucleo del richiedente.

Dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs N. 196 del 30/03/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

DATA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_