

**LEGGE N. 162/98**

**RIVALUTAZIONE PIANO PERSONALIZZATO IN CORSO MAGGIO/DICEMBRE 2021**

**Al Comune di Ussana  
Servizi Sociali**

**Da presentare al Protocollo entro il 6 Aprile 2021 utilizzando una delle seguenti modalità**

- posta elettronica certificata al seguente indirizzo mail: [protocollo@pec.comune.ussana.ca.it](mailto:protocollo@pec.comune.ussana.ca.it)
- consegna a mano in busta chiusa da inserire nella cassetta della posta posizionata all'ingresso principale della sede comunale.

I moduli sono reperibili :

- all'ingresso del Comune nell'apposito espositore
- sul sito istituzionale del Comune di Ussana [www.ussana.ca.it](http://www.ussana.ca.it)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_  
Recapito telefonico **(OBBLIGATORIO)** \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

**in qualità** di beneficiario nell'anno 2020 del Piano Personalizzato Legge 162/98

**OPPURE**

**in qualità** di (barrare la voce interessata):  genitore  tutore/curatore  amministratore di sostegno  familiare  
di \_\_\_\_\_  
(Indicare Nome e Cognome del beneficiario del Piano Personalizzato Legge 162/98 nell'anno 2020)

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente a Ussana in Via \_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_  
Recapito telefonico **(OBBLIGATORIO)** \_\_\_\_\_  
e mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**La rivalutazione del piano personalizzato ai sensi della Legge n. 162/98 in favore di**

( Indicare Nome e Cognome del beneficiario del Piano Personalizzato Legge 162/98 nell'anno 2020)

**A TAL FINE DICHIARA**

ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali in cui potrebbe incorrere in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione od uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76, nonché dell'ulteriore sanzione della decadenza dai benefici prevista dall'art. 75, articoli entrambi dello stesso D.P.R. 445/2000 sotto la propria responsabilità, **per sé o per l'avente diritto**, CHE:

- il destinatario del piano è in possesso della **certificazione di handicap grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/92**, riconosciuta **prima del 31/03/2021**;
- il **nucleo familiare** del destinatario del piano è composto da:

Nome e cognome	Luogo e data di nascita	Relazione di parentela con il beneficiario	disabilità, o invalidità, o condizioni di salute gravi certificate SI oppure NO

il destinatario del piano è in possesso di un **ISEE per "prestazioni socio sanitarie non residenziali"** elaborato in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/2021 di € \_\_\_\_\_ (può essere presentata anche fotocopia dell'attestazione ISEE);

**che nell'anno 2020**, il destinatario del piano ha usufruito **dei seguenti SERVIZI** (specificare se si tratta di servizi erogati gratuitamente dal Settore Pubblico, ad esempio ATS, Comune, etc o pagati privatamente e interamente dalla famiglia. L'elenco non è esaustivo, pertanto i servizi non menzionati possono essere indicati nell'ultima riga della tabella):

**NON INDICARE I SERVIZI USUFRUITI CON IL PIANO 162/98 NE' CON HOME CARE PREMIUM**

Servizio fruito nell'anno 2020	Soggetto erogatore (Asl, Comune, scuola ecc) <b>INDICARE I DATI</b>	Pagato privatamente e interamente dal beneficiario indicare <b>S/NO</b>	n. ore settimanali <b>(A)</b>	n. settimane di fruizione nell'anno 2020 <b>(B)</b>	n. ore annuali <b>(A x B)</b>
Inserimento socio-lavorativo, servizio civile					
Asilo Nido					
Fisioterapia					
Assistenza domiciliare					
Assistenza domiciliare integrata					
Frequenza centri diurni (ANFASS, AIAS, Alzheimer)					
Ricovero Soggiorno e/o accoglienza in struttura pubblica o privata per più di 30 gg consecutivi					
Frequenza centri di aggregazione sociale comunali					
Trasporto (ad esempio presso centri riabilitativi)					
Altri servizi					

**che nell'anno 2020**, il destinatario del piano ha svolto le seguenti **ATTIVITÀ**:

Carico assistenziale nell'anno 2020	Soggetto (ditta, scuola, ente di formazione, etc..) <b>INDICARE I DATI</b>	n. ore settimanali <b>(A)</b>	n. settimane anno 2020 <b>(B)</b>	n. ore annuali <b>(A x B)</b>
Lavoro				
Frequenza scolastica				
Scuola materna				
Corsi professionali				
Altri servizi				

**che nell'anno 2020**, il destinatario del piano **oppure un familiare convivente** ha beneficiato dei **PERMESSI DA LAVORO LEGGE 104/92** (N.B: ad eccezione dell'estensione dei permessi extra concessi per l'emergenza Covid-19) come di seguito:

Beneficiario dei Permessi Legge 104/92		Soggetto erogatore/ Datore di lavoro	n. ore settimanali <b>(A)</b>	n. settimane anno 2020 <b>(B)</b>	n. ore annuali <b>(A x B)</b>
Cognome e Nome	Relazione di parentela con il beneficiario del piano				

**che nell'anno 2020**, il destinatario del piano è stato **assistito** dai propri familiari come di seguito:

COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE				
Cognome	Nome	Età	Relazione con il destinatario del piano	n. ore giornaliere destinate al destinatario del piano

**COMUNICA** che la situazione sanitaria del beneficiario del Piano **NON HA subito un peggioramento** rispetto all'anno 2020 pertanto

**AUTORIZZA**

l'utilizzo della scheda di valutazione sanitaria- Allegato B già in possesso del Servizio Sociale con punteggio \_\_\_\_\_

**OPPURE**

**COMUNICA che la situazione sanitaria del beneficiario del Piano HA subito un peggioramento rispetto all'anno 2020 pertanto allega nuova scheda di valutazione sanitaria- Allegato B a cura del Dott./ssa \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con punteggio \_\_\_\_\_**

che il finanziamento ottenuto verrà utilizzato per la seguente tipologia di intervento indicare tipologia \_\_\_\_\_

**TIPOLOGIA DI SERVIZI DEI PIANI IN FAVORE DI PERSONE CON MENO DI 65 ANNI**

- a) servizio educativo;
- b) assistenza personale e/o domiciliare;
- c) accoglienza presso centri diurni autorizzati ai sensi dell'articolo 40 della L.R. n. 23/2005 e presso centri diurni integrati di cui al D.P.R. 14.1.1997 e alle deliberazioni della Giunta regionale in materia di residenze sanitarie assistenziali e di centri diurni integrati, limitatamente al pagamento della quota sociale;
- d) soggiorno per non più di 30 giorni nell'arco di un anno presso strutture autorizzate ai sensi dell'art.40 della L.R. n. 23/2005 o presso residenze sanitarie assistenziali autorizzate, limitatamente al pagamento della quota sociale;
- e) attività sportiva e/o di socializzazione.

**TIPOLOGIA DI SERVIZI DEI PIANI IN FAVORE DEGLI ULTRASESSANTACINQUENNI**

- a) assistenza personale e/o domiciliare;
- b) accoglienza presso centri diurni autorizzati ai sensi dell'articolo 40 della L.R. n. 23/2005 e presso centri diurni integrati di cui al D.P.R. n. 14.1.1997 e alle deliberazioni della Giunta regionale in materia di residenze sanitarie assistenziali e di centri diurni integrati, limitatamente al pagamento della quota sociale;
- c) soggiorno per non più di 30 giorni nell'arco di un anno presso strutture autorizzate ai sensi dell'art.40 della L.R. n. 23/2005 o presso residenze sanitarie assistenziali autorizzate, limitatamente al pagamento della quota sociale.

**CHIEDE** di ricevere tutte le comunicazioni relative alla presente istanza al seguente indirizzo:

c/o famiglia \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_  
Altro (es. casella postale) \_\_\_\_\_

**ALLEGA:**

- Copia della Certificazione della condizione di handicap grave di cui all'art.3, comma 3 della **legge n. 104/92** accertata entro il 31/03/2021 o in assenza copia della Certificazione provvisoria della condizione di handicap grave di cui all'art.3, comma 3 della legge n. 104/92 (Resta inteso che il verbale definitivo dovrà essere presentato prima dell'avvio del progetto);
- Attestazione **ISEE 2021** (può essere autocertificata oppure può essere allegata fotocopia);
- QUALORA LA CONDIZIONE SANITARIA DEL BENEFICIARIO SIA PEGGIORATA NUOVA Scheda di valutazione sanitaria- Allegato B**, debitamente compilata, firmata e timbrata dal medico di medicina generale, o dal pediatra di libera scelta o da altro medico di struttura pubblica – **con indicazione dell'anno dell'insorgenza dell'handicap grave a) congenita o insorta entro i 35 anni di età OPPURE b) dopo il compimento dei 35 anni di età (specificare età)**
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà degli emolumenti percepiti dal beneficiario anno 2020- **Allegato D**;
- Copia del documento d'identità del dichiarante, in corso di validità;
- Copia del documento d'identità e tessera sanitaria del beneficiario in corso di validità;
- Eventuale altra documentazione comprovante condizioni di disabilità, o invalidità, o condizioni di salute gravi riferite a familiari appartenenti allo stesso nucleo del richiedente;
- Copia del provvedimento del Tribunale di nomina di tutore/curatore o amministratore di sostegno.

**Il/La richiedente prende atto che verrà contattato/a dai Servizi Sociali per la predisposizione del piano personalizzato**

**Per Informazioni: 070/91894312-30-31 e-mail: [m.tronci@comune.ussana.ca.it](mailto:m.tronci@comune.ussana.ca.it)**

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa sulla privacy, ai sensi del regolamento generale sulla protezione dei dati (UE) n. 679/2016 (GDPR) relativa al procedimento in oggetto.

Ussana li, \_\_\_\_\_

Firma  
\_\_\_\_\_

## **INFORMATIVA TRATTAMENTO DATI PERSONALI (Art. 13, Reg. UE n. 679/2016)**

Il Regolamento europeo sulla privacy (Reg UE n. 679/2016, di seguito GDPR) prescrive a favore degli interessati una serie di diritti riguardo al trattamento dei dati personali.

**Lei**, in quanto interessato dai trattamenti effettuati presso il nostro Comune, compiuti per motivi di interesse pubblico rilevante, ha il diritto di essere informato sulle caratteristiche del trattamento dei Suoi dati e sui diritti che la normativa le riconosce.

**Titolare del trattamento** Il Titolare del trattamento è il Comune di Ussana.

Responsabile della protezione dei dati (DPO) Il responsabile della protezione dei dati (DPO) è Sinatra Pietro Francesco – e-mail: rpd@comune.ussana.ca.it

### **Modalità di trattamento**

Il trattamento dei dati personali, forniti da Lei direttamente o comunque acquisiti sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del GDPR in materia di misure di sicurezza.

### **Il trattamento:**

- è finalizzato unicamente allo svolgimento di compiti istituzionali nel rispetto di leggi e regolamenti, nel rispetto dei principi di liceità, correttezza e trasparenza;
- avverrà presso la sede del Comune e le altre sedi decentrate (se presenti);
- sarà svolto con l'utilizzo di procedure anche informatizzate, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità. Ambito di comunicazione e diffusione.

### **I suoi dati:**

- potranno non saranno mai diffusi e non saranno oggetto di comunicazione, fatte salve le comunicazioni previste espressamente da disposizioni di legge;
- saranno a conoscenza del responsabile del trattamento, e degli incaricati del trattamento: i soli impiegati e funzionari comunali (con profilo tecnico o amministrativo) addetti alle procedure necessarie per lo svolgimento dell'attività o procedimento amministrativo.

### **Diritti dell'interessato**

In ogni momento, Lei potrà esercitare il diritto di:

- avere accesso ai dati oggetto di trattamento, ai sensi dell'art. 15 del GDPR e della normativa nazionale che ne coordina l'applicazione
- richiedere la rettifica dei dati inesatti oggetto di trattamento, ai sensi dell'art. 16 del GDPR e della normativa nazionale che ne coordina l'applicazione;
- revocare il proprio consenso al trattamento dei dati;
- esercitare la facoltà di oscurare alcuni dati o eventi che la riguardano;
- opporsi al trattamento, indicandone il motivo; — chiedere la cancellazione dei dati personali oggetto di trattamento;
- presentare reclamo avverso il trattamento presso l'Autorità Garante per la protezione dei dati personali e ricorso presso l'Autorità giudiziaria competente.

Non è applicabile al presente Trattamento l'istituto della portabilità dei dati previsto dall'art. 20 del GDPR.

Per l'esercizio dei suoi diritti e per qualsiasi altra informazione, può rivolgersi a:

Comune di Ussana Telefono: 070918941;

E-Mail: info@comune.ussana.ca.it; PEC: protocollo@pec.comune.ussana.ca.it

Ussana li, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_