

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
- 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

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) INDICARE I DATI	Pagato privatamente e interamente dal beneficiario indicare SI/NO	n. ore settimanali (A)	n. settimane di fruizione nell'anno 2020 (B)	n. ore annuali (A x 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..) INDICARE I DATI	n. ore settimanali (A)	n. settimane anno 2020 (B)	n. ore annuali (A x 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 (A)	n. settimane anno 2020 (B)	n. ore annuali (A x 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

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
