

COMUNU DE ABAS
Provintzia de Aristanis



COMUNE DI ALES
Provincia di Oristano

UFFICIO SERVIZI SOCIALI

Corso Cattedrale 53, 09091 Ales tel 0783911336 e-mail protocollo. ales @legalmail.it
Cursu de sa Cattedrali 53 Abas- tel. 0783911333 e-mail servsocal@tiscali.it

All'ufficio servizi sociali del
Comune di Ales

**MODULO DI DOMANDA PER LA PRESENTAZIONE/RIVALUTAZIONE DI PROGETTI
PERSONALIZZATI AI SENSI DELLA L.162/98 ANNO 2020**

Il/la _____ sottoscritto/a _____ nato/a
a _____ il _____ Residente ad Ales in
Via _____ n° _____ C.F. _____
N.TELEFONO _____

Chiede:

Per se stesso/a

Per il familiare o amministrato

Nome _____ e cognome _____ nato/a
a _____ il _____ residente ad Ales in
Via _____ n° _____ C.F. _____
N. TELEFONO _____

La presentazione rivalutazione del progetto personalizzato ai sensi della L. 162/98 per
l'anno 2020.

A tal fine allega:

- ISEE SOCIO-SANITARIO 2020 riferita al solo beneficiario
- SCHEDA DI SALUTE compilata dal medico di medicina generale o dal pediatra per i minori
- ALLEGATO D- Dichiarazione reddituale 2020.
- CERTIFICAZIONE compilata dal Medico di Medicina Generale o dal pediatra di libera scelta e/o altro medico della struttura pubblica, attestante che l'handicap grave del destinatario è congenito o insorto entro i 14 anni per patologia acquisita
- Copia CARTA DI del richiedente e/o del beneficiario del piano
- Copia VERBALE L. 104 ART. 3 COMMA 3 IN CORSO DI VALIDITA'
- Documentazione attestante l'eventuale nomina di tutore o di amministratore di sostegno;

- Nel caso di genitori separati o divorziati, qualora uno dei due abbia l'affidamento esclusivo del minore, è necessario produrre atto di separazione o di divorzio dove viene disposto il medesimo affidamento esclusivo; qualora invece si tratti di affidamento congiunto, il genitore richiedente dovrà essere delegato mediante delega formale, da autenticare presso gli uffici comunali preposti, per la presentazione, predisposizione e gestione del piano da parte dell'altro genitore
- Certificazione medica, recente ed esaustiva, attestante che il familiare è affetto da grave patologia, nel caso di presenza all'interno del nucleo familiare del disabile, di familiari affetti da gravi patologie;
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dalla quale risulti l'eventuale fruizione, da parte di uno o più familiari del disabile, di permessi lavorativi retribuiti ai sensi della Legge 104/92, con la specificazione del soggetto erogatore (datore di lavoro), delle ore settimanali e annuali e del numero di settimane fruito

Firma

Data _____
