

c/o Comune di [redacted]

Settore Welfare

**Oggetto: Piano di zona - Richiesta interventi legge 162/98**

Il/la sottoscritto/a [redacted]  
nato/a a [redacted] il [redacted] residente a [redacted]  
in [redacted] n. [redacted] CAP [redacted] tel. [redacted]  
email [redacted] C.F. [redacted]

**CHIEDE**  
(in nome e per conto proprio /del proprio congiunto)

Sig./Sig.ra [redacted] grado di parentela  
[redacted] nato/a a [redacted] il [redacted]  
residente a [redacted] in [redacted] n. [redacted]  
CAP [redacted] tel. [redacted]

di usufruire degli interventi previsti dalla Legge 162/98 scegliendo un solo intervento per nucleo familiare:

Tipologia di servizio	Si	No
A Assistenza Domiciliare Distrettuale e di aiuto alla persona, anche nei giorni festivi e pre-festivi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B Rimborso parziale delle spese di assistenza nell'ambito di programmi previamente concordati con il Servizio Sociale (Documentate con relativa certificazione)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sotto la propria personale responsabilità dichiara che:

Il proprio coniuge è stato informato della presentazione della seguente richiesta e delle finalità della medesima.

**Si allegano :**

- certificazione rilasciata dalla Commissione medica integrata, ai sensi art. 3 comma 3 della Legge 104/92;
- modello ISEE rilasciato ai sensi del DPCM 5 dicembre 2013 n. 159;
- certificazione medica ( modulo C del modello di domanda);
- modulo liberatoria per i richiedenti del contributo economico;
- fotocopia documento identità in corso di validità.

Si prende atto che i dati raccolti verranno trattati dal Comune di Tivoli - Titolare del Trattamento Dati, come descritto nell' informativa disponibile al seguente link: <http://comune.tivoli.rm.it/home/entrare/il-comune/privacy-responsabile-della-protezione-dei-dati/> resa ai sensi degli art. 13-14 del GDPR 2016/679 e dal D.Lgs 196/03 e s.m.i.

Luogo e Data

Firma

[redacted]

[redacted]

**N.B.** Il modulo va consegnato in uno degli URP o inviato con email a [urp@comune.tivoli.rm.it](mailto:urp@comune.tivoli.rm.it) o con PEC a [info@pec.comune.tivoli.rm.it](mailto:info@pec.comune.tivoli.rm.it)

Comune di \_\_\_\_\_

## Oggetto: Piano di zona – Legge 162/98

Cognome e Nome: [REDACTED] nato a  
[REDACTED] il [REDACTED] residente a [REDACTED]  
in [REDACTED] n. [REDACTED] telefono [REDACTED]  
disabilità (specificare) [REDACTED]

## SITUAZIONE SOCIO ECONOMICA

\_\_\_\_\_

## **PIANO D'INTERVENTO**

## OBIETTIVI

\_\_\_\_\_

## **CONTRIBUTO ECONOMICO (Proposta)**

L'assistente sociale

## Luogo e Data

Firma per adesione (l'utente o l'esercente la podestà)

**ANSWER**

## CERTIFICAZIONE SANITARIA AI SENSI DELLA LEGGE 162/98

Il sottoscritto dottore [ ]

dichiara che il Sig./Sig.ra [ ]

Nome e Cognome [ ]

nato a [ ] il [ ] residente a [ ]

in [ ] n. [ ] tel. [ ]

presenta le seguenti disabilità (\*):

[ ]
[ ]
[ ]
[ ]
[ ]
[ ]
[ ]
[ ]

Luogo e Data

Il Medico Curante

[ ]

\_\_\_\_\_

(\*)L'accesso alle prestazioni ai sensi della legge 162/98 è riservato alle persone in possesso del riconoscimento dello stato di handicap grave ai sensi dell'art. n. 3 comma 3 legge 104/92 e che non siano in grado di adempiere ad almeno due delle funzioni sotto indicate:

- Deficit intellettuale grave che comporti un grave ritardo mentale contestuale a gravi difficoltà di apprendimento;
- Impossibilità alla deambulazione;
- Impossibilità al mantenere il controllo sfinterico;
- impossibilità, se di età superiore ai 10 anni, all'assunzione del cibo o a lavarsi o a vestirsi;

**Legge 21 maggio 1998 N. 162**

**Autorizzazione accredito rimborso parziale delle spese documentate di assistenza nell'ambito di programmi previamente concordati con il Servizio Sociale Distrettuale.**

**Annualità**

Il/la sottoscritto/a

nato/a a  il  residente a

in  n.  CAP  tel.

cellulare  email

C.F.

in nome e per conto proprio / del proprio congiunto, beneficiario del rimborso:

Sig./Sig.ra

grado di parentela

nato/a a  il  residente a

in  n.  CAP  tel.

cellulare  email

C.F.

**AUTORIZZA**

Che l'accredito del rimborso delle spese avvenga sul c/c:

Postale n.  IBAN

Bancario n.  IBAN

Intestato a

nato a  residente a

in  n.  CAP

tel.  cellulare  C.F.

**AUTORIZZA**

Riscossione in contanti presso la tesoreria del Comune di Tivoli, Banca Popolare di Ancona sita in P.zza Santa Croce Tivoli, in favore di:

Nome e Cognome riscosso

nato/a a  il  residente a

in  n.  CAP

tel.  cellulare  C.F.

Si avvisa inoltre che l'eventuale contributo economico richiesto è vincolato, ai sensi del decreto sulla trasparenza ( DLgs n. 33/2013 artt. 26 e 277) e alle indicazioni tecniche fornite dall'Autorità Nazionale Anticorruzione, alla pubblicazione sul sito Amministrazione trasparente del Comune di Tivoli e nella sezione Albo Pretorio on-line del sito istituzionale, dei propri dati e dell'importo del contributo richiesto.

Luogo e Data

Firma