

c/o Comune di

Settore Welfare

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

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

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

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

**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 congiunto 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

\_\_\_\_\_

**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:  nato a   
 il  residente a   
in  n.  telefono   
disabilità (specificare)

**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)

\_\_\_\_\_

**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 intellettivo 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.

**OPPURE PER GLI IMPORTI INFERIORI A € 1.000,00 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 riscossore   
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

\_\_\_\_\_