

Al Distretto Socio Sanitario D13

Via \_\_\_\_\_

95041 Caltagirone

Al Direttore del Distretto Socio Sanitario D13

ASP 3 Catania

Sede di Caltagirone

e p.c. Al Presidente della Regione Sicilia

On. Rosario Crocetta

Palazzo d'Orleans

Piazza Indipendenza 21 – 90129

PEC: [presidente@certmail.regione.sicilia.it](mailto:presidente@certmail.regione.sicilia.it)

Oggetto: Richiesta Piano Individualizzato e Piano Assistenziale Individualizzato per persone disabili ai sensi delle leggi: 8 novembre 2000, n. 328 art. 14, 21 maggio 1998, n. 162 e legge regionale del 12 maggio 2010, n. 11. Mediante TRASFERIMENTO MONETARIO ai sensi della legge regionale 1 marzo 2017, n. 4.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

In qualità di \_\_\_\_\_

### CHIEDE

- 1) Che venga predisposto Piano Individualizzato e Piano Assistenziale Individualizzato per persone disabili ai sensi delle leggi: 8 novembre 2000, n. 328 art. 14, 21 maggio 1998, n. 162 e legge regionale del 12 maggio 2010, n. 11

In suo favore

In favore del/la Sig./ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Riconosciuta persona "NON AUTOSUFFICIENTE" disabile ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/92, beneficiario dell'indennità di accompagnamento.

- 2) Che il Piano Assistenziale Individualizzato destinato a favore del soggetto disabile Non Autosufficiente venga attuato mediante TRASFERIMENTO MONETARIO, ai sensi della legge regionale 1 marzo 2017, n. 4.

Allega alla presente domanda:

- Certificazione di disabilità, ai sensi della legge 104/92, art. 3, comma 3
- Certificazione d'indennità di accompagnamento
- Documento di riconoscimento

Luogo e data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_