



# *Comune di Pabillonis*

*Provincia del Medio Campidano*

**RESPONSABILE AREA SOCIO-CULTURALE: Garau Luisa**

**DETERMINAZIONE N. 406**

**DEL 13/07/2015**

**OGGETTO:** Piani L. 162/98 annualità 2014 gestione 2015. Approvazione avviso pubblico rettificato rispetto al precedente (det. n. 377 del 06.07.2015), modulo di domanda e presa d'atto allegati B/C/D.

L'anno DUEMILAQUINDICI, il giorno TREDICI del mese di LUGLIO, nel proprio ufficio.



## **IL RESPONSABILE DELL'AREA SOCIOCULTURALE**

PREMESSO che la Legge n. 162/98 prevede la realizzazione di piani personalizzati di sostegno in favore di persone affette da handicap grave, ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge quadro n. 104/92, al fine di alleggerire il carico familiare e migliorare la qualità della vita, consentendo la permanenza all'interno del domicilio delle medesime persone disabili e dei loro familiari;

VISTE

la Deliberazione della Giunta Regionale n. 33/11 del 30.06.2015, con la quale si approva la prosecuzione dei piani in proroga al 30.06.2015 fino al 31.12.2015, secondo i nuovi criteri, i medesimi che dovranno essere osservati anche per i nuovi piani che decorreranno dal 01.10.2015 e stabilisce al 10 settembre 2015 la data di trasmissione della richiesta di finanziamento e di invio delle economie accertate al 30.06.2015;

la Deliberazione della Giunta Regionale n. 33/12 del 30.06.2015, con la quale si dà avvio al nuovo sistema di valutazione, finanziamento e monitoraggio dei piani personalizzati L. 162/1998, approvando le linee guida e le schede di valutazione multidimensionale;

PRESO ATTO

della nota RAS n. 11561 del 10.07.2015 avente ad oggetto "Proroga piani personalizzati e avvio dei nuovi – Legge n. 162/1998 annualità 2014/gestione 2015. Approvazione preliminare della DGR n. 33/11 del 30.06.2015. indicazioni operative ad integrazione della nota n. 10970 del 01.07.2015", che modifica quanto stabilito dalle deliberazioni precedenti in ordine alla documentazione da presentare per richiedere la predisposizione dei nuovi piani con decorrenza 1 ottobre 2015;

della propria determinazione n. 377 del 06.07.2015, con la quale si è proceduto ad approvare l'avviso pubblico, il modulo di domanda e le schede di valutazione multidimensionale per la predisposizione dei piani;

RITENUTO necessario procedere alla pubblicazione dell'avviso pubblico rettificato rispetto al precedente – approvato con la propria determinazione suddetta – del modulo di domanda e degli allegati B/C/D, allegati alla presente, attraverso i quali consentire ai cittadini di avere a disposizione il tempo per inoltrare la domanda per accedere ai diritti riconosciuti dalla normativa vigente;

- VISTO lo Statuto Comunale;
- VISTO il D.lgs n°267/2000;

### **DETERMINA**

1. DI APPROVARE l'avviso pubblico rettificato rispetto al precedente – approvato con propria determinazione n. 377 del 06.07.2015 – il modulo di domanda e gli allegati B/C/D, allegati alla presente quali parti integranti e sostanziali, necessari a dare avvio alla procedura di evidenza pubblica;
2. DI PRENDERE ATTO degli allegati B/C/D allegati alla presente, necessari per redigere la domanda;
3. DI STABILIRE quale termine ultimo per la presentazione delle richieste di predisposizione dei nuovi piani personalizzati con decorrenza 1 ottobre 2015 la data del 29 luglio 2015.

Il Responsabile dell'Area Socio Culturale  
*A.S.S. dott.ssa Luisa Garau*

## **IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO FINANZIARIO**

In relazione al disposto dell'art. 151 comma 4 del D.LGS 18/08/2000 N. 267;

**A P P O N E**

il visto di regolarità contabile

**A T T E S T A N T E**

la copertura finanziaria della spesa.

Gli impegni contabili sono stati registrati in corrispondenza degli interventi/capitoli sopradescritti.

Pabillonis, li 13/07/2015

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

F.to Fanari Anna Maria

---

---

## **IL RESPONSABILE DELL'AREA SOCIO-CULTURALE**

La presente determinazione verrà affissa all'albo pretorio on line del Comune all' indirizzo [www.comune.pabillonis.vs.it](http://www.comune.pabillonis.vs.it) per 15 gg. consecutivi dal 13/07/2015 al 27/07/2015.

Contemporaneamente viene trasmessa

- al Segretario Comunale

- al Servizio Finanziario

Pabillonis, li 13/07/2015

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

F.to Garau Luisa

---

PER COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE

Lì, 13/07/2015

L'impiegato incaricato



## Comune di Pabillonis

Provincia del Medio Campidano **ALLEGATO ALLA DETERMINAZIONE - Area Socio-Culturale - NR. 406**  
**DEL 13/07/2015 RESPONSABILE: Garau Luisa**

### RETTIFICA AVVISO PUBBLICO PIANI LEGGE 162/98

#### LA RESPONSABILE DELL'AREA SOCIOCULTURALE

VISTA la Legge n. 162 del 21 maggio 1998 art. 1, comma 1, lett. C), che prevede la realizzazione di piani personalizzati triennali di sostegno a favore di persone con handicap grave, i seguenti destinatari o i loro familiari possono presentare domanda per la predisposizione dei nuovi piani in questione - con decorrenza I ottobre 2015, per i quali verranno richiesti i finanziamenti ammessi alla RAS.

VISTA la nota RAS n. 11561 del 10.07.2015 avente ad oggetto "Proroga piani personalizzati e avvio dei nuovi - Legge n. 162/1998 annualità 2014/gestione 2015. Approvazione preliminare della DGR n. 33/11 del 30.06.2015. indicazioni operative ad integrazion e della nota n. 10970 del 01.07.2015".

#### Destinatari

Possono essere destinatari dei piani personalizzati esclusivamente le persone in possesso di certificazione della disabilità di cui all'articolo 3, comma 3, della L. n. 104/1992 al 31.12.2014.

#### Interventi

I piani individualizzati, predisposti in collaborazione con le famiglie e con i servizi sanitari, possono prevedere i seguenti interventi:

- a) servizio educativo;
- b) assistenza personale 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 sportive e/o di socializzazione.

Il servizio educativo può essere svolto esclusivamente da educatori professionali in possesso del relativo titolo di studio previsto dalle norme.

#### Gestione

La realizzazione dei piani individualizzati verrà gestita in forma indiretta, per mezzo della quale la scelta degli operatori e della struttura di accoglienza è fatta dalla stessa persona interessata o dalla sua famiglia. Detta opzione dovrà risultare nel piano personalizzato, la cui gestione non può essere affidata a parenti conviventi, né a quelli indicati dall'art. 433 del Codice Civile. La documentazione giustificativa delle spese sostenute dovrà essere consegnata al Comune.

#### Documentazione richiesta

Per la predisposizione dei nuovi Piani 2014 gestione 2015, che decorreranno dal I ottobre 2015, il Comune utilizzerà i modelli di valutazione allegati al presente.

La Scheda Salute - Allegato B dovrà essere compilata e firmata dal Medico di Medicina Generale. Eventuali costi sono a carico del richiedente.

La Scheda Sociale - Allegato C resta di competenza dell'Assistente Sociale e dovrà essere firmata anche dal dirigente comunale delle politiche sociali oltre che dal destinatario del piano o altro incaricato che dovrà compilare e firmare anche la relativa dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà di cui all'Allegato D.

La dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà - autocertificazione sulla capacità economica del richiedente - Allegato D dovrà essere compilata dal destinatario del piano o l'incaricato della tutela o titolare della patria potestà o amministratore di sostegno.

#### Scadenza presentazione domande

Le domande relative alla predisposizione dei nuovi piani di cui trattasi dovranno essere redatte attraverso i moduli in possesso delle Assistenti Sociali di questo Comune nei giorni di **lunedì, mercoledì e venerdì - dalle ore 11.00 alle ore 13.00 - e successivamente consegnate tutti i giorni della settimana presso l'Ufficio Protocollo - dalle ore 11.00 alle ore 13.00 - entro il 29 luglio 2015.**

#### Ulteriori informazioni

Si specifica che i destinatari dei piani già in essere non devono presentare domanda, in quanto i piani stessi saranno automaticamente prorogati fino al 31.12.2015, e invece dovranno produrre il nuovo ISEE 2015, in quanto si dovrà procedere all'aggiornamento degli importi secondo la tabella di cui al punto A della Deliberazione GR n. 33/11 del 30.06.2015.

Per ulteriori informazioni e chiarimenti rivolgersi all'Ufficio del Servizio Sociale Professionale nei giorni di lunedì, mercoledì e venerdì dalle ore 11.00 alle ore 13.00, oppure contattare il seguente numero telefonico: 070/935292221.

Pabillonis, lì 13.07.2015

#### AREA SOCIOCULTURALE

TIPO DI DOCUMENTO: *Avviso pubblico*

AREA: *Socioculturale*

SETTORE: *Servizi Sociali*

SERVIZIO: *Affissioni*

TEL.: *070 93529221*

C.F.: *00497620922*

FAX: *070 93529206*

P.I: *00497620922*

Approvato con: *Det. n. del .07.2015*

RESPONSABILE: *A.S.S. dott.ssa Luisa Garau*

SEDE: *Via San Giovanni n. 7 - 09030 Pabillonis (VS)*

REFERENTE: *AA.SS. Garau Federica e Fonnese Giuseppina*

E-MAIL: *servizisociali@comune.pabillonis.vs.it*

L'ASSESSORE AI SERVIZI SOCIALI  
Graziella Gambella

IL RESPONSABILE DELL'AREA SOCIOCULTURALE  
A.S.S. Dott.ssa Luisa Garau

---

*Assessorato*

*Titolo del documento*

TIPO DI DOCUMENTO: *Comunicazione*

VER.: n° x.x del xx.xx.20xx

Approvato con: *Det. A.A. n.xxx del xx.xx.20xx*

PAG. 2 DI 2



## Comune di Pabillonis

Provincia del Medio Campidano ALLEGATO ALLA DETERMINAZIONE - Area Socio-Culturale - NR. 406  
DEL 13/07/2015 RESPONSABILE: Garau Luisa

AL SIG. SINDACO  
ALLA RESPONSABILE DELL'AREA SOCIOCULTURALE  
COMUNE DI PABILLONIS

**RICHIESTA PREDISPOSIZIONE PIANO INDIVIDUALIZZATO DI SOSTEGNO A FAVORE DI PERSONA CON HANDICAP GRAVE LEGGE 162/98 annualità 2014 gestione 2015.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
residente in Pabillonis via/vico \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

### CHIEDE

che venga predisposto un piano individualizzato a favore di

- se medesimo
- proprio congiunto (se familiare, tutore o amministratore di sostegno)

indicare cognome e nome \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e  
residente in Pabillonis Via/vico \_\_\_\_\_. ( \_\_\_\_\_ - indicare il grado di  
parentela)

A tal fine, consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci sarà punito/a ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 46 del suddetto D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora al controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguiti con provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000), dichiara che i seguenti documenti vengono allegati alla presente:

- stato di famiglia;
- certificazione di handicap grave di cui all'articolo 3, comma 3, della L. n. 104/1992 al 31.12.2014;
- la scheda salute - allegato B, compilata e firmata dal Medico di medicina generale;
- la dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà - autocertificazione sulla capacità economica del richiedente - allegato D;
- il reddito attestante l'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) del solo assistito di cui all'art. 3, comma 2-ter, del D.Lgs. n. 109/1998;
- fotocopia carta d'identità;
- fotocopia codice fiscale;
- di essere a conoscenza che potranno essere eseguiti controlli da parte del Comune e della Guardia di Finanza per verificare la veridicità di quanto dichiarato anche mediante i dati in possesso degli Enti previdenziali e del Ministero delle Finanze;
- di essere informato/a ai sensi e per gli effetti di cui alla legge 196/03 che i dati personali raccolti saranno trattati con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

### Scegliere la prestazione che interessa (barrando la lettera):

- a) servizio educativo;
- b) assistenza personale 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 sportive e/o di socializzazione.

Pabillonis li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
( Firma)

### ASSESSORATO SERVIZI SOCIALI AREA SOCIOCULTURALE

TIPO DI DOCUMENTO: *Modulo domanda piani 162/98*

AREA: *Socioculturale*

SETTORE: *Servizi Sociali*

SERVIZIO: **LEGGE 162/98**

TEL.: 070/93529221

FAX: 070 93529206

C.F.: 00497620922

P.I.: 00497620922

Assessore: *Gambella Graziella*

RESPONSABILE: *A.S.S. Dott.ssa Luisa Garau*

SEDE: *Via San Giovanni n. 7 - 09030 Pabillonis (VS)*

*AA.SS. Garau Federica e Fonesu  
Giuseppina*

REFERENTE: *Giuseppina*

E-MAIL: *servizisociali@comune.pabillonis.vs.it*

## SCHEDA SALUTE

(da compilarsi a cura del Medico di Medicina Generale o Medico di struttura pubblica o Medico convenzionato)

Per l'attribuzione dei punteggi relativi ai bambini da 0 a 3 anni occorre considerare solo le voci significative per l'età del bambino (es. attribuire punteggio "0" alla voce "è capace di vestirsi o spogliarsi da solo?" se anche i bambini non disabili della stessa età non ne sono capaci, come per il parlare, mangiare, camminare, fare il bagno da solo, ecc.)

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Nato a: \_\_\_\_\_ il: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Sesso: \_\_\_\_\_

Residente in: \_\_\_\_\_ Via: \_\_\_\_\_ n.: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Data di rilascio certificazione L. 104/92 art. 3 comma 3: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Diagnosi: \_\_\_\_\_

### AREA A: Sensi e linguaggio

#### 1. Presenta compromissione della capacità visiva e non correggibile da protesi?

- 0.  Non presenta alcuna compromissione della capacità visiva
- 1.  Presenta una parziale compromissione della capacità visiva (decimista)
- 2.  Presenta una marcata compromissione della capacità visiva (ventesimista)
- 4.  Presenta una totale compromissione della capacità visiva (cieco assoluto)

#### 2. È in grado di distinguere e reagire coerentemente a voci, suoni, rumori?

- 0.  Sì
- 2.  Parzialmente
- 3.  Per nulla

#### 3. È in grado di reagire coerentemente alle sollecitazioni di natura tattile? (es. E' ipo/ipersensibile alle stimolazioni sensoriali)?

- 0.  Sì
- 2.  Parzialmente
- 3.  Per nulla

#### 4. È in grado di parlare correttamente e coerentemente in modo comprensibile da terzi non familiari?

- 0.  Sì, è in grado (Espressione verbale soddisfacente)
- 2.  Alcune volte (L'articolazione della parola è molto difficoltosa, quasi incomprensibile)
- 4.  No, non è mai in grado (Non vocalizza per niente o vocalizza per attirare l'attenzione su di sé)

### AREA B: Esecuzione delle attività quotidiane

Vestirsi e svestirsi

#### 5. È capace di vestirsi e di spogliarsi da solo/a? Cioè di prendere i vestiti o il pigiama, di indossarli e toglierli?

- 0.  È completamente autonomo nel vestirsi e svestirsi: non ha mai bisogno del minimo aiuto
- 1.  Collabora, ma ha bisogno di aiuto o di supervisione
- 2.  Va completamente assistito/a in tutto (Es. tetraplegico, focomelico, disabile intellettivo grave)

Alimentazione

**6. Mangia senza bisogno di aiuto?**

- 0.  Sì, è completamente autonomo
- 1.  Necessita di aiuto parziale (per le operazioni più difficili quali tagliare, sbucciare)
- 2.  Assistenza ed aiuto sono sempre necessari, va aiutato in tutto e va imboccato

**7. Per l'alimentazione necessita di particolare somministrazione dei pasti e preparazione dei cibi a causa di problemi di masticazione, deglutizione, digestione?**

- 0.  No, non necessita di somministrazione, preparazione particolare dei cibi
- 1.  Necessita di parziale somministrazione, preparazione dei cibi (si nutre con liquidi e cibi molli, qualche volta mangia cibi solidi)
- 2.  Sì, necessita di totale preparazione particolare dei cibi (Si nutre solo con liquidi e con cibi molli che digerisce con grande lentezza)

Locomozione

**8. Riguardo alla locomozione:**

- 0.  E' completamente autonomo nel camminare, nella locomozione
- 1.  L'andatura è instabile
- 2.  L'andatura è molto instabile, usa degli appoggi
- 3.  Necessita di aiuto personale solo negli spostamenti più impegnativi (ad es. scendere le scale, entrare o uscire dal letto)
- 4.  Necessita di aiuto personale anche per fare pochi passi
- 5.  Non è in grado di deambulare autonomamente, neppure con la massima assistenza; o si muove sempre autonomamente in carrozzina
- 6.  Si muove sempre in carrozzina con accompagnatore. Oppure presenta iperattività costante (da autismo e/o da sindromi collegate)
- 7.  E' allettato

Orientamento spaziale

**9. E' in grado di orientarsi nell'ambiente circostante in autonomia?**

- 0.  Sì, è in grado di orientarsi
- 1.  E' incerto
- 2.  No, non è in grado di orientarsi

Prensione e manualità

**10. Riesce a individuare, afferrare, mantenere e manipolare gli oggetti?**

- 0.  Con sicurezza
- 1.  Parzialmente
- 2.  Non riesce nell'esecuzione di operazioni manuali complesse
- 4.  Non vi riesce per niente

Igiene personale, continenza

**11. È capace di fare il bagno da solo/a, lavarsi, sistemarsi?**

- 0.  Sì, è completamente autonomo/a nell'igiene personale
- 1.  Deve essere aiutato/a o assistito/a parzialmente
- 2.  Deve essere aiutato/a in tutto, necessita di assistenza completa

**12. Ha incontinenza urinaria?**

- 0  Mai
- 1.  Talvolta
- 2.  Sempre

**13. Possiede il controllo degli sfinteri?**

- 0.  Possiede il controllo completo
- 1.  Possiede il controllo parziale
- 2.  Non possiede per nulla il controllo sfinterico



## AREA C: Vita di relazione

Reazioni emotive, comunicazione, comprensione

**14. Esprime ed attua sentimenti**, atteggiamenti e comportamenti adeguati e consoni alle situazioni ambientali e ai contesti sociali (ad esempio non esprime e non attua atteggiamenti/comportamenti di autodifesa da pericoli, o comportamenti stereotipati, o di auto/etero aggressività, ecc.)?

- 0.  Sì
- 1.  Parzialmente e con difficoltà
- 2.  Per nulla

**15. Riesce sempre a farsi capire dagli altri** e a far capire cosa vuole nei rapporti interpersonali? (farsi capire/far capire = indicare, descrivere, spiegare, precisare, comprendere)

- 0.  Sì
- 1.  Parzialmente e con difficoltà
- 3.  Per nulla

Memoria, Orientamento Temporale, Concentrazione

**16. Ha il senso dell'orientamento temporale?**

- 0.  Sì
- 1.  Parzialmente
- 2.  No

**17. È in grado di mantenere l'attenzione e la concentrazione rispetto ad un dato compito/attività?**

- 0.  Sì
- 1.  Parzialmente
- 2.  No

**18. E' in grado di ricordare in modo da poter svolgere e gestire le attività quotidiane in autonomia?**

- 0.  Sì
- 1.  Parzialmente
- 2.  No

**PUNTEGGIO TOTALE** \_\_\_\_\_

**Il Medico**  
(Timbro e firma)

\_\_\_\_\_

## SCHEMA SOCIALE

**(In base alla normativa vigente qualunque dichiarazione mendace comporta sanzioni penali, nonché l'esclusione dal finanziamento del progetto e l'eventuale rimborso delle somme indebitamente percepite. La Regione si riserva di effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni)**

La compilazione della presente scheda compete all'assistente sociale in collaborazione con il destinatario del piano o l'incaricato della tutela o titolare della patria potestà o amministratore di sostegno

COMUNE DI \_\_\_\_\_ CODICE UTENTE \_\_\_\_\_

### DESTINATARIO DELL'INTERVENTO

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Sesso \_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Domicilio (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Il destinatario ha già realizzato un progetto L. 162/98?      SI     NO

Reddito ISEE : euro \_\_\_\_\_,00

Provvidenze percepite dal destinatario del piano (vedasi allegato D): totale annuo: \_\_\_\_\_,00

**1. Età del disabile:** \_\_\_\_\_

Data rilascio L. 104/1992, art. 3 comma 3: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      Data accert. art. 3, c. 3 L. 104/1992: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Handicap grave congenito o sopravvenuta prima del compimento dei 35 anni d'età: SI     NO

**2. Servizi fruiti settimanalmente dal destinatario del piano**

Il periodo di riferimento per il calcolo delle ore effettive di servizi fruiti è l'anno 2012

Nei servizi fruiti non dovranno essere indicati i servizi erogati con i fondi della L. 162/98, l'assistenza scolastica di base stabilita e garantita per legge dalla L. 104/92, né i servizi pagati privatamente e interamente dalle famiglie. L'elenco dei servizi fruiti nella tabella sotto riportata è a titolo puramente esemplificativo ma non esaustivo di tutti i possibili servizi che, se non riportati in elenco, dovranno essere cumulati e le relative ore riportate nell'ultima riga della tabella (altri servizi fruiti).

Servizio fruito	Soggetto erogatore	n. ore settimanali	n. settimane annuali
Inserimento socio lavorativo, servizio civile			
Asilo nido			
Fisioterapia			
Assistenza domiciliare erogata da enti pubblici o da associazioni regolarmente convenzionate			
Assistenza domiciliare integrata			
Frequenza centri diurni (ANFFAS, Alzheimer, ecc.)			
Ricovero, soggiorno e/o accoglienza in struttura pubblica o privata			
Frequenza Centri di aggregazione sociale comunali			
Trasporto			
Altri servizi fruiti (sport terapia, ecc.)			

Numero ore settimanali di servizi fruiti \_\_\_\_\_ (media annua)

Sono da sommare come ore settimanali di servizi fruiti le ore di asilo nido, di assistenza domiciliare erogati da enti pubblici (Comuni, PLUS, ecc.) o da associazioni regolarmente convenzionate con enti pubblici, le ore di assistenza domiciliare integrata, le ore di assistenza in centri diurni, le ore di ricovero e/o soggiorno e/o accoglienza presso strutture pubbliche o private, ad eccezione dei ricoveri ospedalieri per acuzie al di sotto dei 30 giorni consecutivi, e le ore di sport terapia fruiti con programmi finanziati dalla regione. Nel caso in cui il disabile interessato al finanziamento svolga attività lavorativa le ore di lavoro effettive verranno calcolate come servizi fruiti solo se fanno parte di un progetto di inserimento socio lavorativo o lavori socialmente utili. Eventuali altri servizi aggiuntivi dovranno essere cumulati e le relative ore riportate nell'ultima riga della tabella sopra riportata (altri servizi fruiti).

### 3. Carico assistenziale familiare

Ore giornaliere di cura dedicate dai familiari alla persona con disabilità: \_\_\_\_\_

Indicare quante ore il disabile grave è totalmente assistito dai familiari.

(ad esempio se si tratta di un disabile che va a scuola, bisognerà indicare il numero di ore giornaliere ottenute sottraendo alle 24 ore della giornata le ore di frequenza scolastica; analogamente si dovrà fare per gli altri servizi fruiti)

Composizione del nucleo familiare:

Cognome	Nome	Età	Relazione di Parentela	numero di ore giornaliere di assistenza dedicate alla persona con disabilità
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Dal carico assistenziale familiare, massimo 24 ore al giorno, dovranno essere detratte le ore di frequenza scolastica, di asilo nido, di scuola materna, di corsi di formazione, di lavoro effettuate (lavoro autonomo, lavoro dipendente o reinserimento socio lavorativo), di assistenza domiciliare erogate da enti pubblici (Comuni, PLUS, ecc.) o da associazioni regolarmente convenzionate con enti pubblici, le ore di assistenza domiciliare integrata, le ore di assistenza in centri diurni, le ore di ricovero in strutture pubbliche o private e tutte le altre ore in cui la persona con disabilità non è a carico della famiglia (es. colonia estiva, trasporto, sport terapia ecc.).

Dovranno essere detratte altresì le ore di permesso dal lavoro, fruiti dai familiari nonché da parenti o affini entro il terzo grado, conviventi, previste dall'art. 33 comma 3 della legge 104/1992 per assistenza alla persona con disabilità.

Il periodo di riferimento per il calcolo delle ore effettive di carico assistenziale familiare è l'anno 2012.

Non vanno in detrazione dal carico assistenziale familiare le ore dei servizi fruiti con gli interventi programmati nel progetto predisposto ai sensi della L. 162/98.

L'elenco della tipologia di carico assistenziale (servizi fruiti) che riducono il carico familiare elencati nella tabella sotto riportata è a titolo puramente esemplificativo ma non esaustivo di tutti i possibili servizi che

riducono il carico assistenziale familiare. Eventuali altri servizi aggiuntivi dovranno essere cumulati e le relative ore riportate nell'ultima riga della tabella sotto riportata (altri servizi fruiti).

Carico Assistenziale	Soggetto erogatore	n. ore settimanali	n. settimane annuali
Lavoro			
Frequenza scolastica			
Asilo nido			
Scuola materna			
Corsi di formazione			
Fisioterapia			
Assistenza domiciliare erogata da enti pubblici o da associazioni regolarmente convenzionate			
Assistenza domiciliare integrata			
Frequenza centri diurni (ANFFAS, Alzheimer, ecc.)			
Permesso dal lavoro per L. 104/92, art. 33 comma 3			
Ricovero, soggiorno e/o accoglienza in struttura pubblica o privata			
Frequenza Centri di aggregazione sociale comunali			
Trasporto			
Altri servizi fruiti (sport terapia, ecc.)			

Ore giornaliere effettive di carico familiare \_\_\_\_\_ (media annua)

#### 4 Particolari situazioni di disagio: punteggio massimo: 11

11 punti = persone con disabilità grave che vivono sole

10 punti = compresenza di più persone con disabilità grave nello stesso nucleo familiare che presentano il piano personalizzato;

4 punti = persone con disabilità grave che vivono con soli familiari di età superiore ai 75 anni o persone con disabilità grave che vivono con familiari affetti da gravi patologie da documentare con la certificazione di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento;

3 punti = famiglie con persona con disabilità grave a carico dove è presente un solo genitore o, in assenza di genitori, un familiare convivente;

1 punto = presenza nel nucleo familiare di altri figli sotto i tre anni.

I punteggi non sono cumulabili tra loro ad eccezione del caso "Presenza nel nucleo familiare di altri figli sotto i 3 anni" che può essere sommato ad altre voci fino al punteggio massimo di 11 punti".

## 5. Obiettivi del progetto e risultati attesi

*Descrizione degli obiettivi che si intendono perseguire in termini di alleggerimento del carico assistenziale familiare, inserimento e integrazione sociale, miglioramento della qualità della vita e dei risultati attesi per la persona e la famiglia nella concreta realizzazione del progetto*

---

---

---

---

---

---

---

---

## 6. Tipologia di intervento richiesto

Indicazione e descrizione degli interventi che si propone di attivare per il raggiungimento degli obiettivi secondo le diverse tipologie previste:

- a) servizio educativo
- b) assistenza personale e/o domiciliare
- c) accoglienza presso centri diurni autorizzati ai sensi dell'articolo 40 della L.R. 23/2005 e presso centri diurni integrati di cui al D.P.R. 14.01.1997 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. 23/05 o presso residenze sanitarie assistenziali autorizzate, limitatamente al pagamento della quota sociale.
- e) attività sportiva e/o di socializzazione

## 7. Situazione economica

A corredo del Piano dovrà quindi essere presentata la dichiarazione della situazione economica del beneficiario che rimane agli atti degli uffici comunali per i successivi riscontri. In caso di mancata presentazione della situazione economica del beneficiario sarà applicata l'aliquota massima di riduzione o di compartecipazione.

L'applicazione dell'ISEE consente di adeguare la modalità di servizio e la sua contribuzione alla reale situazione del richiedente e si prevede, per casi particolari accertati dal Comune, un'eventuale contribuzione del Comune stesso.

## 8. Gestione

Diretta

*(la realizzazione del piano è gestita dal comune di residenza del destinatario del piano)*

Indiretta

*(la realizzazione del piano è affidata alla famiglia)*

Specificare se il servizio è realizzato attraverso l'assunzione diretta di un operatore in base al CCN di lavoro domestico o attraverso una convenzione con un libero professionista o cooperative/associazioni operanti nel

settore. Per ciascun piano, sia in gestione diretta sia indiretta, deve essere acquisita e custodita dal Comune, per successivi riscontri, la documentazione contabile finanziaria dei servizi erogati.

I servizi del progetto personalizzato non possono essere affidati a parenti conviventi né a quelli indicati all'art. 433 del codice civile

### **9. Piano di spesa**

Per gli interventi di tipo A., B., e C. il piano di spesa deve essere articolato in base al numero di ore settimanali ed annuali di assistenza con specificazione del numero degli operatori impiegati, della loro qualifica professionale e del relativo numero di ore previste nel progetto.

Le spese previste nel progetto personalizzato devono essere rendicontate e tutta la documentazione deve essere verificata dal Comune come spesa ammissibile e custodita nella pratica per riscontri successivi.

**Costo totale del piano: euro \_\_\_\_\_,00**

**L'Assistente Sociale del Comune**

**Il Dirigente responsabile del Servizio**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Il destinatario del piano o l'incaricato della tutela  
o titolare della patria potestà o amministratore di sostegno**

\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
**(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

Nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
(luogo) (prov.)

Residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_  
(luogo) (prov.) (indirizzo)

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

In qualità di

destinatario del piano

o

incaricato della tutela

o

titolare della patria potestà

o

amministratore di sostegno

della persona destinataria del piano:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 per i casi di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi

**DICHIARA**

che le informazioni riportate nei punti della Scheda Sociale – Allegato C

**1. Età del disabile**

**2. Servizi fruiti settimanalmente dal destinatario del piano**

**3. Carico assistenziale familiare**

**4. Particolari situazioni di disagio**

controfirmata anche dal sottoscritto e le relative certificazioni presentate sono veritiere.

Dichiaro di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96, i dati personali da me forniti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

Il destinatario del piano o l'incaricato della tutela  
o titolare della patria potestà o amministratore di sostegno

\_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza dell'Assistente Sociale del Comune (che ha compilato la Scheda Sociale – Allegato C).

**ALLEGATO D**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
**(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

Nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
(luogo) (prov.)

Residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_  
(luogo) (prov.) (indirizzo)

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

In qualità di

destinatario del piano

o

incaricato della tutela

o

titolare della patria potestà

o

amministratore di sostegno della persona destinataria del piano:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 per i casi dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi

**DICHIARA**

- che la persona destinataria del piano ha percepito nell'anno 2011 i seguenti emolumenti:

1-Pensione Invalidità civile Importo annuale € \_\_\_\_\_

2-Indennità di frequenza Importo annuale € \_\_\_\_\_

3-Indennità di accompagnamento Importo annuale € \_\_\_\_\_

4-Assegno sociale Importo annuale € \_\_\_\_\_

5-Pensioni o indennità INAIL Importo annuale € \_\_\_\_\_

6-Indennità o pensione per causa di guerra o servizio Importo annuale € \_\_\_\_\_

7-Assegni mensili continuativi erogati dalla Regione  
per particolari categorie di cittadini:

- L.R. n. 27/83 – Provvidenze a favore dei talassemici,  
degli emofilici e degli emolinfopatici maligni Importo annuale € \_\_\_\_\_

- L.R. n. 11/85 – Provvidenze a favore dei nefropatici Importo annuale € \_\_\_\_\_

- L.R. n. 20/97 – Provvidenze a favore di persone affette da  
patologie psichiatriche Importo annuale € \_\_\_\_\_

- L.R. n. 9/2004 – Provvidenze a favore di persone affette da  
neoplasie maligne Importo annuale € \_\_\_\_\_

8-Altri contributi da Comuni e Aziende ASL Importo annuale € \_\_\_\_\_



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

9- Altro (specificare) _____	Importo annuale € _____
_____	Importo annuale € _____
_____	Importo annuale € _____
_____	Importo annuale € _____

Dichiaro di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96, i dati personali da me forniti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

Il destinatario del piano o l'incaricato della tutela  
o titolare della patria potestà o amministratore di sostegno

\_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.