



Comune di Pabillonis

Provincia del Medio Campidano **ALLEGATO ALLA DETERMINAZIONE - Area Socio-Culturale - NR. 429**
DEL 18/07/2016 RESPONSABILE: Garau Luisa

AVVISO PUBBLICO AVVIO NUOVI 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 piani in questione, per i quali verranno richiesti i finanziamenti ammessi alla RAS.

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, posseduta entro e non oltre il 31.12.2015.

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 domiciliare;
- c) l'accoglienza presso Centro socio-educativi diurni di cui al di cui all'art. 18 del Decreto del Presidente della Regione 22 luglio 2008, n. 4 del Regolamento di attuazione dell'art. 43 della L.R. 23 dicembre 2005 n. 23 o presso Centri diurni integrati limitatamente al pagamento della quota sociale;
- d) soggiorni di sollievo presso strutture sociali e sociosanitarie e residenze sanitarie assistenziali autorizzate, per non più di 30 giorni nell'arco di un anno e 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 Piani personalizzati di sostegno il Comune utilizzerà i modelli di valutazione allegati al presente. La scheda salute, allegato b, deve essere compilata a cura del medico di medicina generale. La scheda sociale, allegato c, sarà compilata dall'assistente sociale del comune in collaborazione con l'utente e/o la sua famiglia. La dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, allegato d, deve essere compilata dall'utente.

Scadenza presentazione domande

Le domande relative alla predisposizione dei piani di cui trattasi dovranno essere redatte attraverso i moduli in possesso dell'Assistente Sociale di questo Comune - e pubblicati nel sito istituzionale www.comunepabillonis.vs.it - nel giorno di **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 **12 agosto 2016**.

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 i seguenti numeri telefonici: 070/93529205 e 070/93529221.

Pabillonis, lì 15.07.2016

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 .07.2016*

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

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

REFERENTE: *A.S. Fonnesu Giuseppina*

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

L'ASSESSORE AI SERVIZI SOCIALI
Graziella Gambella

LA 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*



Comune di Pabillonis

Provincia del Medio Campidano **ALLEGATO ALLA DETERMINAZIONE - Area Socio-Culturale - NR. 429**
DEL 18/07/2016 RESPONSABILE: Garau Luisa

AVVISO PUBBLICO PROSECUZIONE 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, gli attuali destinatari o i loro familiari avranno la prosecuzione dei piani in essere al 30.06.2016, dal 01 luglio fino al 31 dicembre 2016, secondo i criteri riportati nell'allegato a della Deliberazione della G.R. n. 9/15 del 12.02.2013.

Documentazione richiesta

Per la prosecuzione dei piani in essere occorre che i destinatari o i loro familiari presentino la nuova attestazione ISEE e relativa DSU, aggiornata ai sensi del disposto normativo di cui alla Legge n. 89 del 26.05.2016, art. 2 - sexies, volta a recepire la sentenza del Consiglio di Stato relativamente alle modalità di determinazione dell'ISEE con riferimento all'esclusione dal calcolo del reddito dei trattamenti assistenziali, previdenziali e indennitari.

Scadenza presentazione domande

La nuova attestazione ISEE di cui sopra dovrà essere presentata con il modulo di accompagnamento allegato al presente - e pubblicato nel sito istituzionale www.comunepabillonis.vs.it - e consegnata tutti i giorni della settimana presso l'Ufficio Protocollo - dalle ore 11.00 alle ore 13.00 - entro il 12 agosto 2016.

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 i seguenti numeri telefonici: 070/93529205 e 070/93529221.

Pabillonis, lì 15.07.2016

L'ASSESSORE AI SERVIZI SOCIALI
Graziella Gambella

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

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 .07.2016*

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

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

REFERENTE: *A.S. Fonnesu Giuseppina*

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



Comune di Pabillonis

Provincia del Medio Campidano ALLEGATO ALLA DETERMINAZIONE - Area Socio-Culturale - NR. 429
DEL 18/07/2016 RESPONSABILE: Garau Luisa

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

RICHIESTA AVVIO PIANO INDIVIDUALIZZATO DI SOSTEGNO A FAVORE DI PERSONA CON HANDICAP GRAVE LEGGE 162/98.

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, posseduta alla data del 31.12.2015;
- la scheda salute - allegato b, compilata e firmata dal medico di medicina generale;
- la scheda sociale, allegato c, compilata dall'assistente sociale del comune in collaborazione con l'utente e/o la sua famiglia;
- l'allegato d - dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà;
- 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 domiciliare;
- c) l'accoglienza presso Centro socio-educativi diurni di cui al di cui all'art. 18 del Decreto del Presidente della Regione 22 luglio 2008, n. 4 (Regolamento di attuazione dell'art. 43 della L.R. 23 dicembre 2005 n. 23 o presso Centri diurni integrati limitatamente al pagamento della quota sociale;
- d) soggiorni di sollievo presso strutture sociali e sociosanitarie e residenze sanitarie assistenziali autorizzate, per non più di 30 giorni nell'arco di un anno e 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*

C.F.: *00497620922*

FAX: *070 93529206*

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*



Comune di Pabillonis

Provincia del Medio Campidano ALLEGATO ALLA DETERMINAZIONE - Area Socio-Culturale - NR. 429
DEL 18/07/2016 RESPONSABILE: Garau Luisa

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

TRASMISSIONE ATTESTAZIONE ISEE PROSECUZIONE PIANO INDIVIDUALIZZATO DI SOSTEGNO A FAVORE DI PERSONA CON
HANDICAP GRAVE LEGGE 162/98.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ (prov. _____) il _____
residente in Pabillonis via/vico _____ n. _____ tel. _____, beneficiario/a, delegato/a, dalla/dal
beneficiario _____ del progetto personalizzato indicato in oggetto, trasmette l'attestazione ISEE
2016, ai sensi del DPCM 159/2013.

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 Fonnesu
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 presentato 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.