



Spett.le Comune di Lula  
Alla c.a. dell'Assistente Sociale

**OGGETTO: RICHIESTA DI INSERIMENTO NEI PIANI PERSONALIZZATI DI SOSTEGNO A FAVORE DELLE PERSONE CON HANDICAP GRAVE EX LEGGE 21 MAGGIO 1998 N°162. ANNUALITA' 2020**

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A:**

**COGNOME** \_\_\_\_\_  
**NOME** \_\_\_\_\_  
**NATO/A a** \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)  
**IL** \_\_\_\_\_ **RESIDENTE a** \_\_\_\_\_  
**VIA/C.so** \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
**C.F.**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**TEL./CELL.** \_\_\_\_\_

**IN QUALITÀ DI**

- Destinatario del piano
- Tutore/ Curatore
- Amministratore Di Sostegno
- Genitore
- Familiare di riferimento (Specificare) \_\_\_\_\_

Del  Minore  Adulto  Anziano **destinatario/a dell'intervento:**

**COGNOME** \_\_\_\_\_  
**NOME** \_\_\_\_\_  
**NATO/A a** \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)  
**IL** \_\_\_\_\_ **RESIDENTE a** Lula  
**VIA/C.so** \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
**C.F.**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**TEL./CELL.** \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

la predisposizione del Piano Personalizzato ai sensi della Legge n. 162/1998 per l'anno 2020 (dal 01/05/2020 al 31/12/2020), secondo i criteri e le modalità di cui alla normativa vigente, per l'attivazione del seguente intervento di:

- Servizio educativo (solo per infraseessantacinquenni).
- Assistenza personale e/o Domiciliare.



Accoglienza presso centri diurni autorizzati ai sensi della ex L.R. 4/88, art. 41 e presso centri diurni integrati di cui al D.P.R. 14.01.1997 e alle Delibere della Giunta Regionale in materia di residenze sanitarie assistenziali e di centri diurni integrati, limitatamente al pagamento della quota sociale (solo per infraseessantacinquenni).

Soggiorno per non più di 30 giorni nell'arco di un anno presso strutture autorizzate ai sensi dell'art. 41 della ex L.R. n. 4/88 o presso residenze sanitarie assistenziali autorizzate, limitatamente al pagamento della quota sociale.

Attività sportive e/o di socializzazione (solo per infraseessantacinquenni)- Specificare:

---

A tal fine,

### DICHIARA

1. Di disporre:

della certificazione di disabilità, di cui all'art. 3 comma 3 della L. 104/1992 alla data del 31/12/2019;

di essere stato/a sottoposto/a a visita da parte della Commissione Medica in data \_\_\_\_\_ e di disporre della certificazione di disabilità, di cui all'art. 3 comma 3 della L. 104/1992;

2. di scegliere la modalità di gestione  DIRETTA  INDIRETTA;

( Per **assistenza diretta** s'intende quella erogata dal Comune attraverso uno dei soggetti accreditati, mentre per **assistenza indiretta** s'intende quella gestita dal titolare del contributo, tramite assunzione dell'operatore assistenziale o incarico a cooperativa o altro soggetto previsto.)

3. di essere a conoscenza che l'inosservanza dei termini d'integrazione della documentazione mancante comporta l'esclusione dalla predisposizione del progetto.

**Il Richiedente**

---



**NOTA INFORMATIVA**

Ai sensi dell'art. 13 D.lgs. 196/2003 vengo informato del fatto che:

- I miei dati personali e quelli riguardanti le mie condizioni di salute, emersi a seguito della presente richiesta, tutelati dal segreto d'ufficio, verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche.

Pertanto  Autorizzo  NON Autorizzo

Il personale amministrativo dell'Ufficio Servizi Sociali del Comune di Lula:

- Al trattamento dei dati sanitari e sensibili solo ed esclusivamente per le procedure connesse al progetto richiesto.
- All'archiviazione e conservazione, cartacea e informatica degli stessi.

FIRMA

---

**ALLEGATI**

- Fotocopia di un documento di identità, in corso di validità, del destinatario del piano e del richiedente;
- Fotocopia della documentazione attestante l'eventuale nomina di tutore o di amministratore di sostegno;
- Fotocopia della certificazione di handicap grave, ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge 104/92.
- Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà - Allegato D, allegata al presente modulo;
- Certificazione I.S.E.E. individuale per prestazioni socio sanitarie 2020.

**Ai fini del riconoscimento del punteggio spettante si allegano i seguenti documenti (barrare le voci che interessano):**

- Nel caso di presenza all'interno del nucleo familiare del disabile, di altra persona affetta da gravi patologie: fotocopia della relativa certificazione medica;
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dalla quale risulti l'eventuale fruizione, da parte di uno o più familiari del disabile, di permessi lavorativi retribuiti ai sensi della Legge 104/92, con la specificazione del soggetto erogatore (datore di lavoro), e delle ore settimanali e annuali fruite;
- Certificazione del Medico di Medicina Generale o dello specialista, attestante che l'handicap grave del destinatario è congenito o insorto entro i 35 anni per patologia acquisita;

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
**(art. 46 DPR 28 dicembre 2000, n. 445)**  
Permessi di lavoro ai sensi della Legge 104/92

Il/La sottoscritto/a

cognome \_\_\_\_\_

nome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_

consapevole che in caso di false dichiarazioni si applicano le norme penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000

**DICHIARA**

(barrare e compilare la voce che interessa)

che il sig./ra \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

dipendente presso \_\_\_\_\_

ha fruito, nell'anno \_\_\_\_\_, per l'assistenza a favore di \_\_\_\_\_ dei permessi di lavoro ai sensi della Legge 104/92 per un n. di settimane annuali \_\_\_\_\_ e per n. di ore settimanali \_\_\_\_\_ per un totale complessivo di ore annuali pari a n. \_\_\_\_\_

che nessun familiare ha fruito nell'anno \_\_\_\_\_ dei permessi di lavoro ai sensi della Legge 104/92.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_

**Si allega fotocopia del documento di identità del dichiarante.**



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

#/la sottoscrittø/a \_\_\_\_\_

(cognome)

(nome)

Natø/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

(luogo)

(prov.)

Residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) in via/p.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

(luogo)

(prov.)

(indirizzo)

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

In qualità di

destinatario del piano

o

tutore

curatore

amministratore di sostegno

genitore

familiare di riferimento (Specificare) \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_ i seguenti emolumenti:

	IMPORTO ANNUALE



1.	Pensione Invalidità civile	
2.	Indennità di frequenza	
3.	Indennità di accompagnamento	
4.	Assegno sociale	
5.	Pensioni o indennità INAIL	
6.	Indennità o pensione per causa di guerra o servizio	
7.	Assegni mensili continuativi erogati dalla Regione per particolari categorie di cittadini:	
8.	L.R. n. 27/83 – Provvidenze a favore dei talassemici, degli emofilici e degli emolinfopatici maligni	
9.	L.R. n. 11/85 – Provvidenze a favore dei nefropatici	
10.	L.R. n. 20/97 – Provvidenze a favore di persone affette da patologie psichiatriche	
11.	L.R. n. 9/2004 – Provvidenze a favore di persone affette da neoplasie maligne	
12.	Altri contributi da Comuni e Aziende ASL	
13.	Altro (specificare)	
14.		
<b>TOTALE</b>		<b>€</b>

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  
\_\_\_\_\_



**SCHEDA SALUTE**  
**(da compilarsi a cura del Medico di Medicina Generale)**

Per i bambini da 0 a 3 anni la scheda va compilata solo se il medico ritenga che per la gravità o particolarità della patologia del bambino siano necessari da parte della famiglia compiti di cura e assistenza superiori rispetto a quelli normalmente prestatati ai bambini non disabili della stessa età.

Per l'attribuzione dei punteggi 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 definitiva 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. È ipo/iper sensibile 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

#### 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)

#### 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)

#### 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

#### 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

#### 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

**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**

**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

**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.  Si
- 1.  Parzialmente
- 2.  No

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

- 0.  Si
- 1.  Parzialmente
- 2.  No

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

**Il Medico di Medicina Generale**  
*(Timbro e firma)*

---