

SCADENZA AL 05 APRILE 2024

AL COMUNE DI SUELLI
Ufficio del Servizio Sociale

OGGETTO: L. 162/98 - Richiesta per la predisposizione dei nuovi piani personalizzati per l'anno 2024 a favore di persone con grave disabilità.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
prov. _____ il _____ residente a _____
Via/Piazza _____ n° _____ cap. _____ tel. _____
cell. _____ Codice fiscale _____

in qualità di

- destinatario/a del piano
 genitore
 figlio/figlia
 tutore

oppure in qualità di:

- incaricato/a della tutela
 titolare della potestà genitoriale
 amministratore di sostegno
 altro _____ (persona delegata) della persona destinataria del piano

CHIEDE

che venga predisposto un piano personalizzato ai sensi della L.162/98 da realizzarsi nell'annualità 2023:

- in suo favore
 in favore del/la Sig./ra _____ nato/a a _____
prov. _____ il _____ residente a _____
Via/Piazza _____ n° _____ tel. _____
cell. _____ Codice fiscale _____

Riconosciuto disabile grave ai sensi dell'art.3, comma 3, della L.104/92, rilasciata dalla commissione medica ASL/INPS, entro il 31/03/2024.

A tal fine allega alla presente:

- Certificazione di disabilità** grave rilasciata dalla Commissione per l'accertamento delle invalidità civili operante in seno all'ASL e all'INPS, ai sensi della L.104/92, art.3, comma 3, con verbale visita avvenuta entro il 31.03.2023;
- Scheda di salute (Allegato B)** debitamente compilata e sottoscritta a cura del medico di Medicina Generale, da un Pediatra di Libera scelta o da altro Medico di struttura pubblica o convenzionato che ha in cura la persona con disabilità.
- Scheda sociale (Allegato C)** la cui compilazione compete all'ufficio Servizio Sociale in collaborazione con il destinatario del piano o l'incaricato della tutela o titolare della potestà genitoriale o amministratore di sostegno o persona delegata.
- Dichiarazione sostitutiva** dell'atto di notorietà **incluso nell'allegato C)** attestante la veridicità delle informazioni riportate nella Scheda Sociale;
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante la capacità economica del richiedente (**Allegato D**);

Certificazione ISEE corso di validità con scadenza al 31/12/2024 (per prestazioni agevolate di natura socio sanitaria), rilasciata da un CAF ai sensi dell'articolo 6 del D.P.C.M. n.159/2013.

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante lo **Stato di famiglia**;

Fotocopia **documento d'identità** in corso di validità del destinatario del piano e del richiedente.

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

certificazione medica attestante che il familiare è affetto da grave patologia. Nel caso di presenza all'interno del nucleo familiare del disabile di familiari affetti da gravi patologie, recente ed esaustiva;

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), delle ore settimanali e annuali e del numero delle settimane fruito.

Eventuale certificazione del riconoscimento dell'indennità di accompagnamento di familiari conviventi;

Codice IBAN del beneficiario del Piano Personalizzato (con esclusione dei minori il cui conto deve essere intestato ai genitori) (vedi nota 1).

Suelli,_____

Firma

Lo/a scrivente dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.lgs. n°196 del 30/06/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa per cui presta il suo consenso per il trattamento dei dati personali e sensibili necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

Suelli,_____

Firma

N.B. : L'articolo 12, comma 2, del decreto-legge 6 dicembre 2011 n. 201 convertito, con modificazioni, dalla legge 22 dicembre 2011, n. 214, prevede il divieto per le pubbliche amministrazioni di effettuare pagamenti con denaro contante per un importo **superiore a 1.000 euro**.. Pertanto, per importi superiori a **1.000,00 euro** relativi i rimborsi di cui all'oggetto, è necessario **richiedere a questo Comune esclusivamente il**

pagamento tramite Bonifico Bancario o Postale intestato al beneficiario del Piano Personalizzato (con esclusione dei minori il cui conto deve essere intestato ai genitori) dando contestualmente ai Servizi Sociali la comunicazione del **codice IBAN**. Si fa presente che la legge vieta i trasferimenti in denaro quando più pagamenti, inferiori a 1.000,00 euro, appaiono artificiosamente frazionati.

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

- incaricato della tutela
- titolare della patria potestà
- 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.

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

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
 prov. _____ il _____ residente a _____
 Via/Piazza _____ n° _____ cap. _____ tel. _____
 cell. _____ Codice fiscale _____

in qualità di:

destinatario/a del piano; genitore; figlio/figlia; tutore

oppure in qualità di:

- incaricato/a della tutela
 titolare della potestà genitoriale
 amministratore di sostegno
 familiare di riferimento della persona destinataria del piano
 altro _____

della persona destinataria del piano Sig./ra _____
 nato/a a _____ prov. _____ il _____ residente a Suelli
 Via/Piazza _____ n° _____ Codice fiscale _____

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 il nucleo familiare del destinatario del Piano è residente nel Comune di Suelli in Via /Piazza _____ n° _____ ed è così composta:

Nome e cognome	Data di nascita	Luogo di nascita	Rapporto di parentela con destinatario del piano

Che il CODICE IBAN sul quale accreditare il finanziamento regionale è il seguente:

Conto Corrente bancario postale

Presso _____

Filiale di _____

Agenzia n° _____ Città _____

Coordinate:

Paese	Cin Eur	Cin	ABI	CAB	Numero conto corrente

di essere a conoscenza che sui dati dichiarati ai sensi dell'art.71 del D.P.R. n. 445/2000; nel caso di erogazione di una prestazione sociale agevolata, potranno essere eseguiti controlli, diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite ed effettuati, da parte della Guardia di Finanza, presso gli istituti di credito e gli altri intermediari finanziari che gestiscono il patrimonio mobiliare, ai sensi dell'art 4, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, e 6, comma 3, del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 7 maggio 1999, n. 221, e successive modificazioni; potranno essere effettuati controlli sulla veridicità della situazione familiare dichiarata e confronti dei dati reddituali e patrimoniali con i dati in possesso del sistema informativo del Ministero della Finanze.

di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.Lgs. n° 196 del 30/06/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa per cui presta il suo consenso per il trattamento dei dati personali e sensibili necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

Suelli, _____

Firma

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.

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)
