

Richiesta predisposizione Piano Personalizzato di Sostegno ai sensi della L. 162 del 21.05.1998

dal 1° Maggio al 31 Dicembre 2019

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE AI SENSI DEL DPR 445/2000

1 dati richiedente	Il/La sottoscritto/a _____																					
	nato/a a _____ Prov. _____ il _____																					
	residente a _____ Prov. _____ CAP _____																					
	in Via _____																					
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">Codice Fiscale</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	Codice Fiscale																				
Codice Fiscale																						

Consapevole che le informazioni riportate nella presente istanza, comprensive degli allegati, corrispondono al vero e sono accertabili ai sensi dell'art. 43 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 ovvero documentabili su richiesta delle amministrazioni competenti;

Consapevole della decadenza dai benefici e delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione non veritiera, di formazione e di uso di atti falsi ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445

CHIEDE

In suo favore in favore del/la proprio/a _____¹

2 dati del titolare L. 104/92 art. 3 Comma 3 (se diverso dal richiedente)	Cognome e Nome _____																					
	nato/a a _____ Prov. _____ il _____																					
	residente a _____ Prov. _____ CAP _____																					
	in Via _____																					
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">Codice Fiscale</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	Codice Fiscale																				
Codice Fiscale																						

di predisporre ed inoltrare, presso l'Assessorato Regionale Igiene e Sanità e Assistenza Sociale, il Piano Personalizzato di sostegno a favore del suddetto portatore di handicap riconosciuto disabile grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, Legge 104/92 e pertanto di essere convocato per collaborare alla stesura del Piano.

A tal fine **DICHIARA**

¹ Padre, madre, figlio/a, fratello, sorella, nipote

3 Dati sanitari	Data di rilascio Certificazione L. 104/92, art. 3 comma 3: _____ <input type="checkbox"/> Definitiva <input type="checkbox"/> con riaccertamento il _____ Handicap grave congenito o sopravvenuto prima del compimento dei 35 anni d'età: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
----------------------------------	---

4 Dati situazione economica	N. identificativo ISEE _____ Data rilascio _____ Data scadenza _____ Valore ISEE _____ euro ALLEGARE ISEE La persona destinataria del Piano percepisce e seguenti emolumenti e/o pensioni: <input type="checkbox"/> Invalidità Civile € _____ mensili per n. _____ mesi <input type="checkbox"/> Indennità di accompagnamento € _____ mensili per n. _____ mesi <input type="checkbox"/> Indennità di frequenza € _____ mensili per n. _____ mesi <input type="checkbox"/> Altro ² _____ € _____ mensili per n. _____ mesi
--	--

5 Recapiti per eventuali comunicazioni	Tel./Cell _____ Nome Cognome _____
---	---------------------------------------

6 Allegati	<input type="checkbox"/> Certificazione dello Stato di Handicap Grave di cui all'articolo 3, comma 3, della L. n. 104/1992 posseduta entro e non oltre il 31 dicembre 2017 ³ . <input type="checkbox"/> Certificazione ISEE 2019 (ISEE socio-sanitario) . <input type="checkbox"/> Allegato B - Modulo Scheda Salute (da far compilare al proprio Medico di Medicina Generale o dal Pediatra di libera scelta o altro Medico di Struttura Pubblica)
-----------------------------	---

IMPORTANTE: Il/La sottoscritto/a dichiara di essere disponibile a presentarsi presso l'ufficio Servizi Sociali per la compilazione della **SCHEDA SOCIALE (pagina 4 del presente modulo) entro e non oltre il 15.03.2019**

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000, 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 richiedente all'ufficio competente tramite un incaricato oppure a mezzo posta

Bosa, _____



Firma del dichiarante

² specificare

³ In analogia a quanto riportato nell'allegato A della Delibera G.R. n. 9/15 del 12.2.2013, si ritiene di dover prendere in considerazione anche le domande di coloro che hanno effettuato la visita entro il 31/12/2018 la cui certificazione definitiva sia stata rilasciata successivamente a tale data

SCHEDA SOCIALE

Da compilarsi in presenza dell'operatore Sociale del Comune

Servizi fruiti settimanalmente dal destinatario del piano

Il periodo di riferimento per il calcolo delle ore effettive di servizi fruiti è l'anno 2018

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).

A
Servizi
Fruiti

Servizio fruito/Carico assistenziale	Soggetto erogatore	n. ore settimanali	n. settimane annuali
Inserimento socio lavorativo, servizio civile/Lavoro			
Asilo nido/ Scuola/Corsi formazione			
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			
Permesso dal lavoro (art. 33 L. n. 104/92)	Familiare che usufruisce/Ente concedente		
Trasporto			
Altri servizi fruiti (sport terapia, ecc.)			

Ore giornaliere di cura dedicate dai familiari alla persona con disabilità: _____⁴

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:

B
**Carico
Assistenziale
Familiare**

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

C
**Particolari
situazioni di
disagio**

- 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 certificazione attestante la grave patologia corredata da esaustiva documentazione medica;
- 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 relativi a particolari situazioni di disagio sono cumulabili fino ad un massimo di 11 punti

⁴ 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, fruito 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 2018.

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 a fianco riportata (altri servizi fruiti).

D Tipologia di intervento richiesto	<p><i>Indicazione e descrizione degli interventi che si propone di attivare per il raggiungimento degli obiettivi secondo le diverse tipologie previste:</i></p> <p><input type="checkbox"/> servizio educativo</p> <p><input type="checkbox"/> assistenza personale e/o domiciliare</p> <p><input type="checkbox"/> 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.</p> <p><input type="checkbox"/> 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.</p> <p><input type="checkbox"/> attività sportiva e/o di socializzazione</p>
--	--

E Gestione	<p><i>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></p> <p><i>I servizi del progetto personalizzato non possono essere affidati a parenti conviventi né a quelli indicati all'art. 433 del codice civile</i></p> <p><input type="checkbox"/> DIRETTA (la realizzazione del piano è gestita dal comune di residenza del destinatario del piano)</p> <p><input type="checkbox"/> INDIRETTA (la realizzazione del piano è affidata alla famiglia)</p>
-----------------------------	---

F Obiettivi del progetto e risultati attesi	<p><i>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</i></p> <p><input type="checkbox"/> Compiere azioni di assistenza e cura volte alla prevenzione dell'aggravamento dello stato di salute</p> <p><input type="checkbox"/> Soddisfare le esigenze primarie della vita quotidiana</p> <p><input type="checkbox"/> Migliorare l'integrazione sociale e relazionale</p> <p><input type="checkbox"/> Acquisire/potenziare l'autonomia personale e prevenire l'inserimento in struttura</p> <p><input type="checkbox"/> Curare la pulizia e l'ordine del proprio aspetto e dell'abbigliamento</p> <p><input type="checkbox"/> Alleggerimento del carico assistenziale familiare</p> <p><input type="checkbox"/> Realizzare progetti abilitativi - riabilitativi mirati a favore dei minori</p> <p><input type="checkbox"/> Altro specificare _____</p> <p>_____</p>
--	---

G

**Piano di
Spesa**

Per gli interventi di tipo Servizio Educativo, Assistenza Domiciliare e Inserimento Centri Diurni 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.

- Servizio Educativo. N. ore settimanali _____ n. settimane anno _____
- Assist. Domiciliare. N. ore settimanali _____ n. settimane anno _____
- Centro Diurno
- Ricovero di respiro
- Attività sportiva e/o di socializzazione

Bosa, _____

L'Operatore Sociale del Comune

Il Dirigente responsabile del Servizio

**Il destinatario del piano o familiare richiedente o incaricato della tutela
o titolare della patria potestà o amministratore di sostegno**

Informativa effettuata ai sensi dell'art. 13 Regolamento (UE) 2016/679 (RGDP)

Il Comune di BOSA con sede in Bosa, Corso Garibaldi n. 8, email: protocollo@comune.bosa.or.it - pec: protocollo@pec.comune.bosa.or.it - tel: 0785368000 nella sua qualità di **Titolare del trattamento dei dati**, tratterà i dati personali conferiti con la presente modulistica, sia su supporto cartaceo sia con modalità informatiche e telematiche, **esclusivamente al fine di espletare le attività di erogazione dei servizi richiesti, nell'esecuzione dei compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei pubblici poteri propri dell'Ente**, nel rispetto dei principi di cui al Regolamento UE 2016/679.

La informiamo che il trattamento dei Suoi dati personali avverrà secondo modalità idonee a garantire sicurezza e riservatezza e sarà effettuato utilizzando supporti cartacei, informatici e/o telematici per lo svolgimento delle attività dell'Amministrazione.

Il trattamento dei dati è improntato ai principi di liceità, correttezza e trasparenza e, in conformità al principio di cd "minimizzazione dei dati", i dati richiesti sono adeguati, pertinenti e limitati rispetto alle finalità per le quali sono trattati.

In particolare, i dati sono raccolti e registrati unicamente per gli scopi sopraindicati e saranno tutelate la Sua dignità e la Sua riservatezza.

Il conferimento dei dati di cui alla presente modulistica è facoltativo, ma un eventuale rifiuto di fornirli comporterà l'impossibilità per l'Amministrazione di utilizzare i dati per le finalità indicate, con la conseguenza che non sarà possibile usufruire del servizio richiesto.

I dati raccolti con la presente domanda saranno comunicati alla Regione Sardegna e potranno essere comunicati, se previsto da norma di legge o di regolamento, ad altri soggetti pubblici espressamente individuati e/o diffusi, laddove obbligatorio, a seguito di pubblicazione all'Albo Pretorio On line (ai sensi dell'art. 32, L. 69/2009) ovvero nella Sezione del sito istituzionale dell'Ente denominata "Amministrazione Trasparente" (ai sensi del D. Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii).

I dati dichiarati, nonché la documentazione allegata, potranno essere inviati, se richiesti, alla Guardia di Finanza per le attività di controllo e di indagine. I dati dichiarati nel presente modulo (ad esclusione di quelli sensibili) saranno pubblicati all'albo comunale, e nelle bacheche del Servizio Sociale, per la pubblicazione di elenchi o graduatorie, se previste dal servizio richiesto. Gli stessi dati potranno formare oggetto di istanza di accesso documentale ai sensi e nei limiti di cui agli artt. 22 e ss. L. 241/90, ovvero potranno formare oggetto di richiesta di accesso civico "generalizzato", ai sensi dall'art. 5, comma 2, e dall'art. 5 bis, D. Lgs. 33/2013.

I dati conferiti, saranno trattati dall'Amministrazione per il periodo necessario allo svolgimento dell'attività amministrativa correlata e conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

I dati saranno trattati esclusivamente dal personale, da collaboratori dell'Ente ovvero da soggetti esterni espressamente nominati come Responsabili del trattamento dal Titolare.

Al di fuori delle ipotesi sopra richiamate, i dati non saranno comunicati a terzi né diffusi.

Gli interessati hanno il diritto di chiedere al Titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento, ai sensi degli artt. 15 e ss. RGDP.

Apposita istanza è presentata al Responsabile della Protezione dei dati dell'Ente (ex art. 38, paragrafo 4, RGDP), individuato nella SIPAL srl, con sede a Cagliari nella Via San Benedetto, 60 – Tel: 070/42835 – email: dpo@sipal.sardegna.it – pec: sipalpostacertificata@pec.sipal.sardegna.it

Dichiaro di aver ricevuto tutte le informazioni di cui all'art. 13 RGDP in relazione ai dati contenuti nell'allegata modulistica.

Bosa, li _____



FIRMA DEL DICHIARANTE O DEL FAMILIARE RICHIEDENTE