ALLEGATO C

SCHEDA 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 comunque insorto entro i 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 fruite 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, fruite 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 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.

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).