

## 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 del nucleo familiare: 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 insorto entro i 14 anni per patologia acquisita: 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 2011

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  |                    |                    |                      |
| Scuola materna  |                    |                    |                      |
| Corsi di formazione   |                    |                    |                      |
| Fisioterapia  |                    |                    |                      |
| Assistenza domiciliare erogata dal 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 scuola materna, di corsi di formazione, 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 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 sotto 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 2011.

Non vanno in detrazione del 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 dal 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

- 10 punti = compresenza di più persone con disabilità grave nello stesso nucleo familiare che presentano il piano personalizzato;
- 6 punti = persone con disabilità grave che vivono sole
- 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 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 o centri diurni integrati
- D. soggiorno per non più di 30 giorni nell'arco dell'anno in strutture residenziali autorizzate
- E. attività sportive e/o di socializzazione

## 7. Situazione economica

La valutazione della capacità economica del nucleo familiare, al fine della compartecipazione al costo delle prestazioni sociali è effettuata attraverso l'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE), in riferimento al nucleo familiare di appartenenza secondo i criteri specificati nel DPCM 4.04.2011, n. 242, emanato in attuazione degli artt. 1 comma 3, e 2 comma 3 del D. Lgs 31 marzo 1998 n. 109, come modificato dal D. Lgs 3 maggio 2000, n. 130.

Dovrà quindi essere presentato a corredo del piano il modello ISEE del nucleo familiare che rimane agli atti degli uffici comunali per i successivi riscontri. In caso di mancata presentazione del modello ISEE 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 familiare 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.

## 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 e della loro qualifica professionale.

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 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).