



COMUNE DI OLLOLAI

Uff. Servizi Sociali

Domanda per la concessione del contributo per la realizzazione dei piani personalizzati in favore di persone con handicap grave (legge 21 maggio 1998, n.162). Programma 2015/Gestione 2016.

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____ e residente
a _____ in via _____
tel. _____ CF _____

CHIEDE

Di beneficiare dei contributi sopra indicati per

- 1^ annualità
- Altro

A TAL FINE DICHIARA

- Di essere beneficiario della Legge 5 maggio 1992, n. 104 art.3 comma 3
- Di aver effettuato visita in data _____

OPPURE

- TUTORE
- CURATORE
- AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

Del/la sig./sig.ra _____
nato/a _____ il _____ e residente
a _____ in via _____
tel. _____ CF _____
beneficiario della L.104/92 (art. 3 comma 3)

- Consapevole che in caso di mendaci falsità in atti o uso di atti falsi, oltre alle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. n. 445/2000, l'Amministrazione provvederà alla revoca dei benefici eventualmente concessi, come previsto dall'art. 75 D.P.R. n. 445/2000;
- Il dichiarante è informato che il trattamento dei dati personali forniti avviene nel rispetto di quanto sancito dall'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

ALLEGA:

- + Fotocopia delle **certificazione definitiva** di riconoscimento dell'handicap grave (L. 104/92);
- + **Certificazione ISEE 2016** in corso di validità **per Prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria** (DPCM 159/2013, art.6);
- + **Allegato B "Scheda Salute"** debitamente compilata e firmata a cura del Medico di Medicina generale, Pediatra o altro medico della Struttura pubblica o convenzionata, che ha in cura la persona con disabilità;
- + **Allegato D** – Dichiarazione sostitutiva di Atto di notorietà;
- + **Eventuale Certificazione Sanitaria o altra documentazione attestante che la disabilità è congenita o sopraggiunta entro il 35° anno di età;**
- + Eventuale copia del Provvedimento del Tribunale inerente la nomina di Tutore, Curatore o Amministratore di sostegno;
- + **Nel caso di presenza, all'interno del nucleo familiare del disabile, di altra persona affetta da gravi patologie,** fotocopia della certificazione di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento;
- + **Fotocopia del documento d'identità** personale del richiedente e del destinatario del Piano, in corso di validità.

Ollolai, li _____

Il Dichiarante

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)

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

- 1 destinatario del piano
o
 1 incaricato della tutela
o
 1 titolare della patria potestà
o
 1 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 2014 i seguenti emolumenti:

1-Pensione Invalità 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.