

## SCHEMA DI PIANO PERSONALIZZATO

COMUNE DI \_\_\_\_\_

Il destinatario ha già realizzato un progetto L. 162/98? NO

SI nell'anno 2000

SI nell'anno 2001

SI nell'anno 2002

SI nell'anno 2003

SI nell'anno 2004

**Il destinatario beneficia delle seguenti provvidenze:**

L.R. 25.11.1983 n. 27 "Provvidenze a favore dei talassemici, degli emofilici etc" NO  SI

L.R. 8.5/1985 n. 11 "Provvidenze a favore dei nefropatici" NO  SI

L.R. 30.5.1977 n. 20 "Provvidenze a favore degli infermi di mente e dei minorati psichici" NO  SI

**1 Destinatario del progetto***Indicare il codice del destinatario del progetto, l'età e il genere*

**Codice utente** \_\_\_\_\_  
*(inserire il codice della scheda informatizzata)*

Età dell'insorgenza della condizione di handicap grave + 35 anni  - 35 anni 

Data della certificazione di handicap grave nei termini dell'art. 3, comma 3 della L. 104/1992

\_\_\_\_\_

Validità della certificazione

Definitiva

Temporanea  fino a \_\_\_\_\_

Frequenza scolastica con la specificazione dell'impegno orario settimanale

SCUOLA/ ISTITUTO	ORE SETTIMANALI	SETTIMANE ANNUALI
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Indicazione della eventuale attività lavorativa svolta dal destinatario del piano con indicazione dell'impegno giornaliero e settimanale effettivo

DATORE DI LAVORO	ORE SETTIMANALI	SETTIMANE ANNUALI
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**2. Carico assistenziale familiare**

Ore giornaliere di cura dedicate alla persona con disabilità \_\_\_\_\_

Composizione del nucleo familiare:

Nome	Cognome	Eta'	Relazione di parentela	Ore giornaliere di cura dedicate alla persona con disabilità
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Indicare quante ore il disabile grave è totalmente a carico della famiglia  
*(ad esempio se si tratta di un bambino 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 i servizi "extrafamiliari" fruiti esternamente al domicilio familiare)*

Ore giornaliere effettive di carico familiare \_\_\_\_\_ (media annua)

Particolari situazioni di disagio :

- 4 punti = persone con disabilità che vivono sole o con familiari di età superiore ai 75 anni o in documentati gravi condizioni di salute;
- 4 punti = co-presenza di più disabili nello stesso nucleo o presenza simultanea di un anziano non autosufficiente convivente;
- 3 punti = famiglia con persona con disabilità a carico dove è presente un solo genitore o familiare convivente
- 1 punto = presenza di un altro figlio sotto i tre anni.

I suddetti punteggi possono essere cumulati fino ad un massimo di otto punti.

### 3. Servizi fruiti

Descrizione dei servizi (riabilitativi, assistenziali, del tempo libero, trasporto ecc...) di cui fruisce la persona con disabilità grave con specificazione:

- del soggetto erogatore
- delle modalità di erogazione
- del numero di ore settimanali di servizio erogato
- del numero di settimane annuali

Nei servizi fruiti non dovranno essere indicati i servizi erogati con i fondi della L. 162, l'assistenza scolastica di base stabilita e garantita per legge dalla L. 104/92, né i servizi pagati privatamente e interamente dalle famiglie.

Servizio	Soggetto erogatore	Modalità	n. ore settimanali	n. settimane annuali

#### 4. 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*

---

---

---

---

---

#### 5. 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 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

#### 6. Situazione economica

Specificare il reddito del nucleo familiare di appartenenza da dimostrarsi con copia dei certificati fiscali o autocertificazione.

#### 7. 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.

#### 8. 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.

**Costo totale del piano €** \_\_\_\_\_

L'operatore istruttore 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

---