



Comune di Furtei

(Prov. Sud Sardegna)

Via Circonvallazione, n. 29 - 09040 Furtei - P.I. n. 82003600929 - Fax: 070/9305035

Servizi Sociali: Tel.: 070/9303713 - E-mail: servizisocialifurtei@tiscali.it

- SERVIZI SOCIALI -

PIANI PERSONALIZZATI DI SOSTEGNO A FAVORE DI PERSONE CON HANDICAP GRAVE

(LEGGE N°162/1998)

ANNUALITÀ 2019

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO SOCIALE

Vista la Legge 05 febbraio 1992 n°104 "Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate";

Vista la Legge 21 maggio 1998 n°162 e in particolare l'art. 1 comma 1 lett. C) relativo ai piani personalizzati di sostegno a favore di persone con handicap grave;

Richiamata la deliberazione di Giunta Regionale n°9/15 del 12.02.2013 "L. n. 162/1998. Piani personalizzati di sostegno in favore delle persone con grave disabilità. Fondo regionale per la non autosufficienza di cui all'art. 34 della L. R. n. 2/2007. Programma 2012 da attuarsi nell'anno 2013. Rettifica per errore materiale della D.G.R. n. 48/46 dell'11.12.2012, approvata in via definitiva con modifiche con la D.G.R. n. 51/15 del 28.12.2012" e relativi allegati;

Richiamata la D.G.R. n°57/49 del 21.11.2018 "Piani personalizzati di sostegno in favore delle persone con grave disabilità. Legge n. 162/1998. Fondo regionale per la non autosufficienza 2019";

Vista la nota della Regione Autonoma della Sardegna, Direzione Generale delle Politiche Sociali – Servizio Programmazione ed Integrazione Sociale n.11555 del 17/12/2018, "L. n. 162/1998. Piani personalizzati di sostegno delle persone con disabilità grave. Indirizzi per l'anno 2019 ai sensi della D.G.R. n°57/49 del 21.11.2018";

In esecuzione della propria determinazione n°50 dell'08.02.2019;

RENDE NOTO

Che presso gli uffici del Servizio Sociale possono essere presentate le domande per la predisposizione dei piani personalizzati di sostegno in favore di persone con handicap grave, annualità 2019;

DESTINATARI

Possono presentare domanda i disabili la cui minorazione rientra nella fattispecie di cui all'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992 e siano in possesso di idonea certificazione rilasciata dalla commissione competente **entro e non oltre la data del 31/12/2018** (saranno prese 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).

TIPOLOGIA DEGLI INTERVENTI

I Piani individuali predisposti in collaborazione con le famiglie e il Servizio Sociale del Comune possono prevedere:

- a) Servizio educativo;
- b) Assistenza personale e/o domiciliare;

- c) Accoglienza presso centri diurni autorizzati ai sensi dell'articolo 40 della L. R. n. 23/2005 e presso centri diurni integrati di cui al D.P.R. 14.1.1997 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. n. 23/2005 o presso residenze sanitarie assistenziali autorizzate, limitatamente al pagamento della quota sociale;
- e) Attività sportiva e/o di socializzazione.

MODALITA' DI ACCESSO AL SERVIZIO

I moduli di domanda sono in distribuzione presso gli uffici comunali durante l'apertura del pubblico, nonché scaricabili dal sito istituzionale del Comune all'indirizzo www.comune.furtei.ca.it.

La domanda di partecipazione dovrà essere redatta esclusivamente sui moduli predisposti dal Comune di Furtei e dovrà essere corredata della documentazione sotto indicata:

- a. La **certificazione attestante l'handicap grave** ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/92 in corso di validità;
- b. La **Scheda Salute**, da far compilare dal proprio Medico di Medicina Generale (medico di base) o dal Pediatra di libera scelta o altro Medico di Struttura Pubblica;
- c. La **certificazione ISEE** per "Prestazioni socio sanitarie" di cui alla Legge n.89 del 26 Maggio 2016 art 2 sexies e del Decreto interministeriale n.146 del 01/06/2016 in corso di validità;
- d. Copia del documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del dichiarante e del destinatario del piano;
- e. Eventuale certificazione medica attestante la condizione di gravità di salute di familiari appartenenti al nucleo del destinatario del piano.

La domanda dovrà essere presentata, entro e non oltre il **15/03/2019** all'Ufficio Protocollo del Comune nei giorni da lunedì a venerdì dalle ore 08:00 alle ore 11:00 e il martedì pomeriggio dalle ore 15:30 alle 18:00.

L'Ufficio preposto può esercitare autonomamente la facoltà di effettuare le necessarie verifiche sulla veridicità delle dichiarazioni rese, nonché, di richiedere eventuale documentazione integrativa ai richiedenti il beneficio.

Responsabile del Procedimento, Assistente Sociale Dott.ssa Paola Murtas, presso l'ufficio di Servizio Sociale sito in Via Circonvallazione, n. 29 (Tel. 070/9303713)

FURTEI, li 08/02/2019

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO SOCIALE
Maria Teresa Torlini

AL COMUNE DI FURTEI
UFFICIO SERVIZI SOCIALI

Oggetto: L. 162/1998 Piani personalizzati di sostegno a favore di persone con handicap grave - Programma 2019.

Il Sottoscritto _____ nato a _____ il
_____/_____/_____, Residente a _____ in via/p.zza
_____, n. _____ Tel/cell. _____
C.F. _____

CHIEDE

di beneficiare del contributo di cui all'oggetto per se stesso/a ovvero in qualità di

- Destinatario del Piano
- Incaricato della tutela
- Titolare della potestà genitoriale
- Amministratore di sostegno della persona destinataria del piano.

Nome e Cognome _____ Luogo e Data
di Nascita. _____ Residenza _____ Via/piazza
_____ n. ____ Tel/Cell _____
C.F. _____

A tal fine Dichiaro:

- Di essere in possesso della certificazione di handicap grave, ai sensi della L.104/92 art. 3 comma 3, rilasciata dalla commissione competente **entro e non oltre la data del 31/12/2018.**
- Di essere consapevole che in caso di dichiarazioni 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 del medesimo D.P.R. 445/2000.
- Di dare il proprio consenso al controllo della corrispondenza di quanto dichiarato con le risultanze dei dati custoditi dalla competente amministrazione pubblica, ai sensi dell'art. 71, co. 3 del DPR n. 445/2000;
- Di essere a conoscenza che il trattamento dei dati personali forniti avverrà nel rispetto di quanto sancito dall'art. 13 del Decreto Legislativo. N. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei Dati Personali".

Allega alla presente:

- f. La **certificazione attestante l'handicap grave** ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/92 in corso di validità;
- g. La **Scheda Salute**, da far compilare dal proprio Medico di Medicina Generale (medico di base) o dal Pediatra di libera scelta o altro Medico di Struttura Pubblica;
- h. La **certificazione ISEE** per "Prestazioni socio sanitarie" di cui alla Legge n.89 del 26 Maggio 2016 art 2 sexies e del Decreto interministeriale n.146 del 01/06/2016 in corso di validità;
- i. Copia del documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del dichiarante e del destinatario del piano;
- j. Eventuale decreto di nomina dell'amministratore di sostegno;
- k. Eventuale certificazione medica attestante la condizione di gravità di salute di familiari appartenenti al nucleo del destinatario del piano.

Luogo e Data _____

FIRMA

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 _____ (luogo) _____ (prov.) il _____

Residente a _____ (luogo) _____ (prov.) in via _____ (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 la persona destinataria del piano ha percepito nell'anno 2017 i seguenti emolumenti:

| | |
|--|-------------------------|
| 1-Pensione Invalidità 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.