

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
