

**Al Comune di Cabras - Ufficio Servizi Sociali**

Piazza Eleonora n. 1

09072 Cabras (OR)

**OGGETTO: L. 21/05/1998, N. 162 – GESTIONE 2026 - RICHIESTA CONCESSIONE DEL CONTRIBUTO PER LA REALIZZAZIONE DEI PIANI PERSONALIZZATI DI SOSTEGNO IN FAVORE DI PERSONE CON GRAVE DISABILITÀ.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_

in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, Tel \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_, PEC \_\_\_\_\_

☐ per se stesso/a - C.F. \_\_\_\_\_

☐ per il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in Cabras in

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, Tel \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_, PEC \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

**In qualità di:**

☐ esercente la potestà genitoriale

☐ Tutore

☐ Amministratore di Sostegno

☐ familiare/persona di riferimento

☐ Curatore

☐ Procuratore

**CHIEDE:**

☐ (per i nuovi progetti:) l'ammissione al beneficio di cui all'oggetto per l'annualità 2026 consapevole che la relativa attivazione potrà avvenire nei limiti delle risorse che si renderanno disponibili e nel rispetto dell'ordine cronologico delle domande presentate;

☐ (per i progetti in proroga): la prosecuzione dell'intervento in essere e l'aggiornamento dei seguenti documenti:

- scheda SALUTE;
- scheda SOCIALE.

A tal fine dichiara:

- che il sottoscritto / il cittadino per il quale si richiede l'intervento: è in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente per accedere ai benefici della L. 162/98;
- 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 DPR n. 445/2000, l'Amministrazione provvederà alla revoca dei benefici eventualmente concessi, come previsto dall'art. 75 del medesimo DPR 445/2000;
- di dare il proprio consenso affinché il Comune di Cabras effettui il controllo in merito alla corrispondenza di quanto dichiarato con le risultanze dei dati custoditi dalle competenti Amministrazioni Pubbliche, ai sensi dell'art. 71, comma 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 D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali";
- di essere consapevole che la mancata richiesta di aggiornamento della Scheda Sociale e/o della Scheda Salute comporterà l'utilizzo dei documenti già agli atti dell'ufficio.

**Allega:**

- ☐ Certificazione di disabilità grave (Art. 3, comma 3, L. 104/92), rilasciata dalla commissione medica di prima istanza competente;
- ☐ scheda salute redatta dal Medico di famiglia o Medico di struttura pubblica o convenzionato sull'apposito modulo (allegato B);
- ☐ dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (art. 47 DPR 28/12/2000, N. 445) attestante la capacità economica del richiedente (allegato D);
- ☐ copia dell'attestazione ISEE aggiornata al 2026;
- ☐ fotocopia di un documento di identità in corso di validità del dichiarante e della persona per cui si presenta l'istanza;
- ☐ comunicazione modalità di pagamento o delega per la riscossione del finanziamento inerente il Piano Personalizzato di cui alla L. 162/98 gestione 2026 (per i progetti che prevedono gestione indiretta);
- ☐ dichiarazione attestante la fruizione di permessi L. 104/92 da parte di familiari conviventi con il destinatario del piano;
- ☐ certificazione medica attestante la condizione di gravità di salute di familiari appartenenti al nucleo familiare del destinatario del piano;
- ☐ eventuale copia del decreto di nomina tutore, curatore o amministratore di sostegno del destinatario del piano.

Cabras, ...../...../.....

**IL DICHIARANTE**

.....

**Informativa effettuata ai sensi dell'art. 13 Regolamento (UE) 2016/679 (RGDP)**

Il Comune di Cabras, con sede in Cabras, Piazza Eleonora n. 1, e-mail: [protocollo@comune.cabras.or.it](mailto:protocollo@comune.cabras.or.it), pec: [protocollo@pec.comune.cabras.or.it](mailto:protocollo@pec.comune.cabras.or.it), tel: 07833971, nella sua qualità di **Titolare del trattamento dei dati**, tratterà i dati personali conferiti con la presente modulistica, sia su supporto cartaceo sia con modalità informatiche e telematiche, **esclusivamente al fine di espletare le attività di erogazione dei servizi richiesti, nell'esecuzione dei compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei pubblici poteri propri dell'Ente**, nel rispetto dei principi di cui al Regolamento UE 2016/679.

La informiamo che il trattamento dei dati personali avverrà secondo modalità idonee a garantire sicurezza e riservatezza e sarà effettuato utilizzando supporti cartacei, informatici e/o telematici per lo svolgimento delle attività dell'Amministrazione.

Il trattamento dei dati è improntato ai principi di liceità, correttezza e trasparenza e, in conformità al principio di cd "minimizzazione dei dati", i dati richiesti sono adeguati, pertinenti e limitati rispetto alle finalità per le quali sono trattati.

In particolare, i dati sono raccolti e registrati unicamente per gli scopi sopraindicati e saranno tutelate la dignità e la riservatezza.

Il conferimento dei dati di cui alla presente modulistica è obbligatorio ed il loro mancato inserimento comporterà l'applicazione delle disposizioni sanzionatorie espressamente previste dalla vigente normativa.

I dati raccolti con la presente domanda potranno essere comunicati, se previsto da norma di legge o di regolamento, ad altri soggetti pubblici espressamente individuati e/o diffusi, laddove obbligatorio, a seguito di pubblicazione all'Albo Pretorio On line (ai sensi dell'art. 32, L. 69/2009) ovvero nella Sezione del sito istituzionale dell'Ente denominata "Amministrazione Trasparente" (ai sensi del D. Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii).

Gli stessi dati potranno formare oggetto di istanza di accesso documentale ai sensi e nei limiti di cui agli artt. 22 e ss. L. 241/90, ovvero potranno formare oggetto di richiesta di accesso civico "generalizzato", ai sensi dall'art. 5, comma 2, e dall'art. 5 bis, D. Lgs. 33/2013.

I dati conferiti, saranno trattati dall'Amministrazione per il periodo necessario allo svolgimento dell'attività amministrativa correlata e conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

I dati saranno trattati esclusivamente dal personale, da collaboratori dell'Ente ovvero da soggetti esterni espressamente nominati come Responsabili del trattamento dal Titolare.

Al di fuori delle ipotesi sopra richiamate, i dati non saranno comunicati a terzi né diffusi.

Gli interessati hanno il diritto di chiedere al Titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento, ai sensi degli artt. 15 e ss. RGDP.

Apposita istanza è presentata al Responsabile della Protezione dei dati dell'Ente (ex art. 38, paragrafo 4, RGDP), individuato nella **SIPAL srl, con sede a Cagliari nella Via San Benedetto, 60 – Tel: 070/42835 – email: [dpo@sipal.sardegna.it](mailto:dpo@sipal.sardegna.it) – pec: [sipalpostacertificata@pec.sipal.sardegna.it](mailto:sipalpostacertificata@pec.sipal.sardegna.it)**

Dichiaro di aver ricevuto tutte le informazioni di cui all'art. 13 RGDP in relazione ai dati contenuti nell'allegata modulistica.

L'interessato al trattamento dei dati

**Luogo e data, \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'  
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

il \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_),

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

In qualità di:

- ☐ destinatario del piano
- ☐ incaricato della tutela/ amministrazione di sostegno
- ☐ titolare della potestà genitoriale
- ☐ familiare di riferimento

di: cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

Cod. Fisc. \_\_\_\_\_, residente a Cabras in  
via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_;

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 2025 i seguenti emolumenti:

Tipologia	Importo annuale
1-Pensione Invalidità civile	€.
2-Indennità di frequenza	€.
3-Indennità di accompagnamento	€.
4-Assegno sociale	€.
5-Pensioni o indennità INAIL	€.
6-Indennità o pensione per causa di guerra o servizio	€.
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	€.
- L.R. n. 11/85 – Provvidenze a favore dei nefropatici	€.
- L.R. n. 20/97 – Provvidenze a favore di persone affette da patologie psichiatriche	€.
- L.R. n. 9/2004 – Provvidenze a favore di persone affette da neoplasie maligne	€.
8-Altri contributi da Comuni e Aziende ASL	€.
9- Altro (specificare) _____	€.
Altro (specificare) _____	€.

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.

Cabras, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ firma

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.

**Al Comune di Cabras - Ufficio Servizi  
Sociali**

Piazza Eleonora 1

09072 CABRAS

**OGGETTO: L. 21/05/1998, N. 162 – GESTIONE 2026 – DICHIARAZIONE DI FRUIZIONE DI  
PERMESSI DI CUI ALLA L. 104/1992.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Tel \_\_\_\_\_ e-mail/pec \_\_\_\_\_  
in qualità di **familiare convivente** del/della Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti o uso di atti falsi, oltre alle sanzioni penali previste dall'art. 76 DPR n. 445/2000, l'Amministrazione provvederà alla revoca dei benefici eventualmente concessi, come previsto dall'art. 75 del medesimo DPR 445/2000

**DICHIARA**

Che nell'anno **2025** ha usufruito di n° \_\_\_\_\_ **ore settimanali** di permesso L. 104/92 per n° \_\_\_\_\_ **settimane** e che il proprio datore di lavoro/Ditta per cui svolge il servizio è la seguente:  
\_\_\_\_\_ .

Cabras, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

**OGGETTO: Comunicazione modalità di pagamento o delega per la riscossione del finanziamento inerente il Piano Personalizzato di cui alla L. 162/98.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_, PEC \_\_\_\_\_, in qualità di:

- ☐ Destinatario del Piano personalizzato di cui all'oggetto;
- ☐ Esercente la potestà genitoriale di \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_, beneficiario di un Piano Personalizzato realizzato ai  
sensi della L. 162/98;
- ☐ Amministratore di sostegno/Tutore/Curatore di \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_, beneficiario di un Piano Personalizzato realizzato ai  
sensi della L. 162/98;

**CHIEDE:**

1. Che l'importo spettante a titolo di finanziamento inerente il Piano Personalizzato di cui sopra (scegliere tra le due opzioni):

- ☐ venga accreditato sul c/c bancario o postale intestato a \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_, individuato con codice IBAN:

[illegible]

- ☐ **solo per importi inferiori a €. 1.000,00**, venga liquidato con mandato a quietanza del/la Sig./ra \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
, residente in \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_;

Alla presente allega:

- ☐ copia fotostatica dei documenti di identità del delegante e del delegato;
- ☐ eventuale copia del Decreto di nomina del Tutore/Amministratore di sostegno da parte del Giudice tutelare;
- ☐ copia del documento bancario con coordinate IBAN.

Il **Sottoscritto**, ed eventualmente i **Deleganti**, dichiarano altresì di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016 allegata allo stesso e di averne compreso l'intero contenuto.

Cabras lì \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_  
Firma del delegato

**Informativa effettuata ai sensi dell'art. 13 Regolamento (UE) 2016/679 (RGDP)**

Il Comune di Cabras, con sede in Cabras, Piazza Eleonora n. 1, e-mail: [protocollo@comune.cabras.or.it](mailto:protocollo@comune.cabras.or.it), pec: [protocollo@pec.comune.cabras.or.it](mailto:protocollo@pec.comune.cabras.or.it), tel: 07833971, nella sua qualità di **Titolare del trattamento dei dati**, tratterà i dati personali conferiti con la presente modulistica, sia su supporto cartaceo sia con modalità informatiche e telematiche, **esclusivamente al fine di espletare le attività di erogazione dei servizi richiesti, nell'esecuzione dei compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei pubblici poteri propri dell'Ente**, nel rispetto dei principi di cui al Regolamento UE 2016/679.

La informiamo che il trattamento dei dati personali avverrà secondo modalità idonee a garantire sicurezza e riservatezza e sarà effettuato utilizzando supporti cartacei, informatici e/o telematici per lo svolgimento delle attività dell'Amministrazione.

Il trattamento dei dati è improntato ai principi di liceità, correttezza e trasparenza e, in conformità al principio di cd "minimizzazione dei dati", i dati richiesti sono adeguati, pertinenti e limitati rispetto alle finalità per le quali sono trattati. In particolare, i dati sono raccolti e registrati unicamente per gli scopi sopraindicati e saranno tutelate la dignità e la riservatezza.

Il conferimento dei dati di cui alla presente modulistica è obbligatorio ed il loro mancato inserimento comporterà l'applicazione delle disposizioni sanzionatorie espressamente previste dalla vigente normativa.

I dati raccolti con la presente domanda potranno essere comunicati, se previsto da norma di legge o di regolamento, ad altri soggetti pubblici espressamente individuati e/o diffusi, laddove obbligatorio, a seguito di pubblicazione all'Albo Pretorio On line (ai sensi dell'art. 32, L. 69/2009) ovvero nella Sezione del sito istituzionale dell'Ente denominata "Amministrazione Trasparente" (ai sensi del D. Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii).

Gli stessi dati potranno formare oggetto di istanza di accesso documentale ai sensi e nei limiti di cui agli artt. 22 e ss. L. 241/90, ovvero potranno formare oggetto di richiesta di accesso civico "generalizzato", ai sensi dall'art. 5, comma 2, e dall'art. 5 bis, D. Lgs. 33/2013.

I dati conferiti, saranno trattati dall'Amministrazione per il periodo necessario allo svolgimento dell'attività amministrativa correlata e conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

I dati saranno trattati esclusivamente dal personale, da collaboratori dell'Ente ovvero da soggetti esterni espressamente nominati come Responsabili del trattamento dal Titolare.

Al di fuori delle ipotesi sopra richiamate, i dati non saranno comunicati a terzi né diffusi.

Gli interessati hanno il diritto di chiedere al Titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento, ai sensi degli artt. 15 e ss. RGDP.

Apposita istanza è presentata al Responsabile della Protezione dei dati dell'Ente (ex art. 38, paragrafo 4, RGDP), individuato nella **SIPAL srl**, con sede a Cagliari nella **Via San Benedetto, 60** – Tel: 070/42835 – email: [dpo@sipal.sardegna.it](mailto:dpo@sipal.sardegna.it) – pec: [sipalpostacertificata@pec.sipal.sardegna.it](mailto:sipalpostacertificata@pec.sipal.sardegna.it)

Legge 162/98 – Programma e Gestione 2026  
PROSPETTO INFORMATIVO PER PREDISPOSIZIONE NUOVI PROGETTI NEL PERIODO MAGGIO-  
DICEMBRE 2026

**Soggetti aventi diritto:**

Possono essere destinatari di piano personalizzato L. 162/98 esclusivamente le persone in possesso di certificazione della disabilità di cui all'articolo 3, comma 3, della L. 104/1992. Per il Programma 2026 la stessa certificazione, o la documentazione della visita della commissione medica preposta al rilascio, dovrà essere posseduta entro il 30 novembre 2026. Gli enti locali possono procedere all'attivazione di nuovi piani personalizzati nei limiti delle risorse assegnate nell'anno in corso, seguendo l'ordine cronologico delle domande presentate fatto salvo quanto necessario alla copertura del rinnovo dei piani personalizzati in essere e dei nuovi piani.

**Qualora, in sede di revisione, il riconoscimento della condizione di handicap grave dovesse essere revocato dalla competente Commissione Medica, il beneficiario del Piano Personalizzato dovrà darne immediata comunicazione all'Ufficio di Servizio Sociale Comunale. In caso contrario il cittadino dovrà restituire le somme indebitamente percepite.**

**Interventi programmabili:**

I piani personalizzati possono prevedere la realizzazione dei seguenti interventi:

- a) Servizio educativo;
- b) Assistenza personale e/o domiciliare;
- c) Accoglienza presso centri diurni autorizzati, presso 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 o presso residenze sanitarie assistenziali autorizzate, limitatamente al pagamento della quota sociale;
- e) Attività sportive e/o di socializzazione.

**Elementi del Piano Personalizzato (il P.P. è elaborato in relazione alle informazioni scaturite dalla documentazione che segue):**

- SCHEDA SALUTE – da compilarsi a cura del Medico di Medicina Generale o del Medico di struttura pubblica o del Medico convenzionato che ha in cura la persona con disabilità (*eventuali costi sono a carico del cittadino*).
- SCHEDA SOCIALE – da compilarsi a cura dell'Assistente Sociale in collaborazione con il destinatario del piano, o l'incaricato della tutela, o il titolare della potestà genitoriale, o l'amministratore di sostegno o il familiare referente;
- CERTIFICATO DISABILITA' – attestante il riconoscimento della condizione di handicap grave ai sensi dell'Art. 3, comma 3, della L. 104/92. **Le persone che hanno il riconoscimento temporaneo sono ammesse al finanziamento di Piani Personalizzati per tutto il periodo di validità del riconoscimento stesso. Nel caso di revoca del riconoscimento da parte della competente Commissione Medica, il Piano Personalizzato già avviato dovrà essere interrotto, a decorrere dal mese successivo alla data di ricezione del verbale aggiornato;**
- DSAN – dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio attestante gli emolumenti percepiti nell'anno 2025 (pensione invalidità civile – indennità di frequenza e/o di accompagnamento – assegno sociale – pensione o indennità INAIL – indennità o pensione di guerra – assegni mensili continuativi erogati dalla Regione di cui alla L.R. 27/83, L.R. 11/85, L.R. 20/97, L.R. 9/2004, i redditi ed eventuali provvidenze continuative erogate dalla Regione).
- Certificazione di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento dei familiari affetti da gravi patologie che vivono con il beneficiario del progetto.
- DICHIARAZIONE DI FRUIZIONE DI PERMESSI DI CUI ALLA L. 104/1992.
- Dichiarazione ISEE 2026.
- Richiesta modalità di liquidazione: per poter provvedere alla liquidazione delle spettanze l'Ente ha necessità che il cittadino produca il codice IBAN di un conto corrente intestato al beneficiario dell'intervento, in cui poter accreditare le risorse. Per poter emettere mandati a favore di persone diverse dal beneficiario, l'ufficio di Servizio Sociale necessita di acquisire la delega formale con accettazione del delegato. Si ricorda che importi superiori a €. 999,00 non potranno essere riscossi per cassa.

**Gestione dei Piani Personalizzati:**

I piani personalizzati possono essere gestiti dal Comune di residenza del destinatario del piano (gestione diretta), oppure dalla famiglia che "acquista" all'esterno le prestazioni assistenziali previste nel Progetto (gestione indiretta). L'attività assistenziale erogata al destinatario finale dell'intervento (es. assistenza alla persona), come da disposizioni regionali, **non può essere affidata a parenti conviventi o a parenti tenuti agli alimenti, i quali, quindi, non potranno essere incaricati dello svolgimento di tale compito.**

**Finanziamento MASSIMO CONCEDIBILE:**

Il finanziamento massimo concedibile è determinato dalla Regione Autonoma della Sardegna in ragione del punteggio attribuito ad ogni piano personalizzato attraverso la scheda salute, la scheda sociale e in rapporto dell'età del disabile. La tabella di riferimento è la seguente:

FASCIA DI PUNTEGGIO	CITTADINI CON MENO DI 65 ANNI (importi riferiti ad una mensilità)	CITTADINI CON PIÙ DI 65 ANNI (importi riferiti ad una mensilità)
DA 100 A 90	€ 1.166,67	€ 416,67
DA 89 A 80	€ 1.083,33	€ 395,83
DA 79 A 75	€ 958,33	€ 375,00
DA 74 A 70	€ 750,00	€ 312,50
DA 69 A 64	€ 500,00	€ 250,00
DA 63 A 55	€ 375,00	€ 187,50
DA 54 A 48	€ 250,00	€ 156,25
MENO 48	€ 166,67	€ 125,00

**Valutazione della capacità economica del richiedente:**

La capacità economica del richiedente sarà valutata attraverso l'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (**ISEE**) "prestazioni agevolate di natura socio sanitaria" (vedi modulo MB1RID della Dichiarazione sostitutiva unica - quadro A). Si invitano i cittadini ad acquisire le necessarie informazioni per la compilazione della DSU direttamente presso i soggetti competenti del territorio: INPS, CAF, ecc.

**Riduzione del finanziamento per ISEE:**

Qualora l'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) sia superiore alla soglia di €. 9.000,00 il finanziamento massimo concedibile subirà una riduzione secondo la percentuale indicata nella tabella che segue:

FASCE	REDDITO ISEE		PERCENTUALE DI RIDUZIONE DEL FINANZIAMENTO
	da	a	
1	€. 0	€. 9.000,00	0
2	€. 9.001,00	€. 12.000,00	3%
3	€. 12.001,00	€. 14.000,00	6%
4	€. 14.001,00	€. 17.000,00	9%
5	€. 17.001,00	€. 19.000,00	12%
6	€. 19.001,00	€. 21.000,00	15%
7	€. 21.001,00	€. 32.000,00	20%
8	€. 32.001,00	€. 45.000,00	30%
9	€. 45.001,00	€. 60.000,00	45%
10	€. 60.001,00	€. 80.000,00	60%
11	Oltre €. 80.001,00		80%

**Informazioni utili all'atto della compilazione della Scheda Sociale:**

Al fine di poter inserire con precisione i dati richiesti dalla Scheda Sociale e sveltire le procedure di predisposizione del progetto, il cittadino, o il suo delegato, dovrà essere in grado di fornire precise informazioni in merito ai tempi e ai gestori dei Servizi Fruiti nell'anno 2025 quali:

1. Inserimento socio lavorativo e/o servizio civile (tempi e gestore/datore di lavoro);
2. Asilo nido;
3. Scuola materna;
4. Corsi di formazione;
5. Lavoro;
6. Frequenza scolastica;
7. Fisioterapia (es. nominativo del centro che eroga il servizio, periodo, durata delle sedute e n° di trattamenti);
8. Assistenza domiciliare erogata da enti pubblici o da associazioni regolarmente convenzionate (periodo, tempo dell'intervento);
9. Assistenza domiciliare integrata;
10. Frequenza centri diurni (ANFFAS, Alzheimer, ecc.);
11. Ricovero, soggiorno e/o accoglienza in struttura pubblica o privata (giorni e luoghi di ricovero);
12. Frequenza Centri di aggregazione sociale comunali (ore settimanali);
13. Trasporto;
14. Altri servizi fruiti (sport terapia, ecc – orari settimanali e periodi);
15. Permesso dal lavoro per L. 104/92, art. 3 comma 3 proprio o di un familiare convivente (datore di lavoro e ore settimanali godute).

Per ogni Servizio Fruito il cittadino o suo delegato dovrà comunicare **quale soggetto ha erogato il servizio, il numero di ore settimanali e il numero di settimane mensili di fruizione del servizio.**

La mancanza di una o più di queste informazioni e la mancata presenza all'appuntamento indicato non consentiranno la predisposizione del Piano Personalizzato nei tempi richiesti dalla RAS



**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)

\_\_\_\_\_