

**COMUNU DE ABAS**  
Provintzia de Aristanis



**COMUNE DI ALES**  
Provincia di Oristano

**UFFICIO SERVIZI SOCIALI**

Corso Cattedrale 53, 09091 Ales tel 0783911336 e-mail protocollo. ales @legalmail.it  
Cursu de sa Cattedrali 53 Abas- tel. 0783911333 e-mail servsocal@tiscali.it

All'ufficio servizi sociali del  
Comune di Ales

**MODULO DI DOMANDA PER LA PRESENTAZIONE/RIVALUTAZIONE DI PROGETTI  
PERSONALIZZATI AI SENSI DELLA L.162/98 ANNO 2020**

Il/la \_\_\_\_\_ sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Residente ad Ales in  
Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
N.TELEFONO \_\_\_\_\_

**Chiede:**

Per se stesso/a

Per il familiare o amministrato

Nome \_\_\_\_\_ e cognome \_\_\_\_\_ nato/a  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente ad Ales in  
Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
N. TELEFONO \_\_\_\_\_

**La presentazione rivalutazione** del progetto personalizzato ai sensi della L. 162/98 per  
l'anno 2020.

A tal fine allega:

- ISEE SOCIO-SANITARIO 2020 riferita al solo beneficiario
- SCHEDA DI SALUTE compilata dal medico di medicina generale o dal pediatra per i minori
- ALLEGATO D- Dichiarazione reddituale 2020.
- CERTIFICAZIONE compilata dal Medico di Medicina Generale o dal pediatra di libera scelta e/o altro medico della struttura pubblica, attestante che l'handicap grave del destinatario è congenito o insorto entro i 14 anni per patologia acquisita
- Copia CARTA DI del richiedente e/o del beneficiario del piano
- Copia VERBALE L. 104 ART. 3 COMMA 3 IN CORSO DI VALIDITA'
- Documentazione attestante l'eventuale nomina di tutore o di amministratore di sostegno;

- Nel caso di genitori separati o divorziati, qualora uno dei due abbia l'affidamento esclusivo del minore, è necessario produrre atto di separazione o di divorzio dove viene disposto il medesimo affidamento esclusivo; qualora invece si tratti di affidamento congiunto, il genitore richiedente dovrà essere delegato mediante delega formale, da autenticare presso gli uffici comunali preposti, per la presentazione, predisposizione e gestione del piano da parte dell'altro genitore
- Certificazione medica, recente ed esaustiva, attestante che il familiare è affetto da grave patologia, nel caso di presenza all'interno del nucleo familiare del disabile, di familiari affetti da gravi patologie;
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dalla quale risulti l'eventuale fruizione, da parte di uno o più familiari del disabile, di permessi lavorativi retribuiti ai sensi della Legge 104/92, con la specificazione del soggetto erogatore (datore di lavoro), delle ore settimanali e annuali e del numero di settimane fruito

Firma

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**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.

**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/iper sensibile 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)

\_\_\_\_\_

**CERTIFICAZIONE PER PREDISPOSIZIONE PIANO PERSONALIZZATO AI SENSI  
DELLA L.162/98**

**MEDICO COMPILATORE**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

**DESTINATARIO PIANO PERSONALIZZATO LEGGE 162/98**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

**HANDICAP GRAVE (Barrare la voce che interessa):**

- CONGENITO  SI  NO

- INSORTO ENTRO I 14 ANNI PER PATOLOGIA ACQUISITA  SI  NO

TIMBRO, DATA E FIRMA DEL MEDICO COMPILATORE

\_\_\_\_\_

**COMUNU DE ABAS**  
Provintzia de Aristanis



**COMUNE DI ALES**  
Provincia di Oristano

**UFFICIO SERVIZI SOCIALI**

Corso Cattedrale 53, 09091 Ales tel 0783911336 e-mail protocollo. ales @legalmail.it  
Cursu de sa Cattedrali 53 Abas- tel. 0783911333 e-mail servsocalles@tiscali.it

**DICHIARAZIONE PER UTILIZZO PUNTEGGIO SCHEDA DI SALUTE 2019**

Il/ la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità  
di \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_

***Chiede:***

- Per se stesso/a
- Per il familiare o amministrato

Nome e cognome \_\_\_\_\_ nato/a  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente  
in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

**Di utilizzare ai fini della predisposizione del progetto personalizzato per l'anno 2020, il punteggio della precedente scheda di salute già agli atti del Comune di Ales.**  
**A tal fine dichiara che il punteggio è pari a \_\_\_\_\_**

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_