



**COMUNE di ORISTANO**  
Provincia di Oristano

Allegato A

**SCHEDA SOCIALE**

Beneficiario \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_

**1. COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE**

Cognome	Nome	Età	Relazione parentela con il beneficiario	Numero di ore assistenza giornaliera dedicate alla persona con disabilità (*)

\*) indicare quante ore il disabile grave è totalmente assistito dai familiari, sottraendo dalle 24 ore della giornata, il numero di ore di frequenza scolastica, o di altri servizi fruiti erogati da enti pubblici o convenzionati (centri diurni, fisioterapia etc.)

**2. SERVIZI PUBBLICI FRUITI SETTIMANALMENTE DALLA PERSONA CON DISABILITA' NELL'ANNO 2025**

**(N.B. Non dovranno essere indicati i servizi erogati con i fondi della L. n. 162/1998, né i servizi pagati privatamente ed interamente dalle famiglie)**

<b>Servizio fruito</b>	<b>Soggetto erogatore</b>	<b>n. ore sett.</b>	<b>n. settimane annuali</b>
Asilo Nido;			
Fisioterapia;			
Assistenza domiciliare erogata da Enti pubblici o da associazioni regolarmente convenzionate;			
Assistenza domiciliare integrate (ADI);			
Frequenza Centri Diurni;			
Ricovero, soggiorno e/o accoglienza in struttura pubblica o privata;			
Frequenza centri di aggregazione sociale comunali o ludoteche;			
Trasporto			
Altri servizi fruiti (sport terapia etc)			

### **3. CARICO ASSISTENZIALE FAMILIARE**

Dal carico assistenziale familiare (assistenza garantita dai componenti il nucleo familiare), massimo 24 ore al giorno, dovranno essere detratte le ore di frequenza scolastica, le ore di asilo nido, le ore di scuola materna, le ore di lavoro effettuate (qualora il disabile svolga attività lavorativa), le ore di assistenza domiciliare erogate da enti pubblici (Comuni, PLUS, ASL ecc.) o presso centri diurni, le ore di ricovero in strutture pubbliche o private, colonie estive, trasporto, sport terapia.

<b>Attività/ servizi</b>	<b>N. Ore settimanali</b>	<b>N settimane/anno 2025</b>

### **4. PARTICOLARI SITUAZIONI DI DISAGIO:** (barrare le caselle interessate)

- persone con disabilità grave che vivono sole;
- compresenza di più persone con disabilità grave nello stesso nucleo familiare che presentano il piano personalizzato;
- persone con disabilità grave che vivono con soli familiari di età superiore ai 75 anni o con familiari affetti da gravi patologie da documentare con certificazione medica attestante la grave patologia;
- famiglie con persona con disabilità grave a carico dove è presente un solo genitore o, in assenza di genitori, un familiare convivente;
- presenza nel nucleo familiare di bambini di età inferiore ai tre anni.

### **5. INTERVENTI PROGRAMMABILI**

- servizio educativo (sono ammessi anche i cittadini di età superiore ai 65 anni);
- assistenza personale e/o domiciliare;
- accoglienza presso centri diurni autorizzati, limitatamente al pagamento della quota sociale;
- soggiorno per non più di 30 giorni nell'arco di un anno presso strutture autorizzate, limitatamente al pagamento della quota sociale (Comunità Integrate, RSA);
- Attività sportive e/o di socializzazione (sono ammessi anche i cittadini di età superiore ai 65 anni).

## **6. MODALITA' DI GESTIONE DEL FINANZIAMENTO**

- Gestione Diretta** ( la realizzazione del Piano è gestita dal Comune di residenza del destinatario);
- Gestione Indiretta** ( la realizzazione del Piano è affidata alla famiglia la quale dovrà anticipare i costi che verranno rimborsati dal Comune di residenza a seguito della presentazione delle pezze giustificative).

Oristano \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

## **DA COMPILARE ESCLUSIVAMENTE NEL CASO IN CUI UN FAMILIARE CONVIVENTE DEL DESTINATARIO DEL PIANO USUFRUISCA DEI PERMESSI DAL LAVORO AI SENSI DELLA L. 104/92**

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

il \_\_\_\_\_, residente ad Oristano in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

consapevole che in caso di false dichiarazioni si applicano le norme penali previste all'art. 76 del D.P.R. 445/2000

### **DICHIARA**

Che nell'anno 2025 ha usufruito di nr. \_\_\_\_\_ ore di permesso L. 104/92 alla settimana per nr. \_\_\_\_\_ settimane nell'anno.

Datore di lavoro \_\_\_\_\_

Oristano \_\_\_\_\_

Firma del Dichiarante

\_\_\_\_\_