

LEGGE N. 162/98
RICHIESTA **RINNOVO PIANO PERSONALIZZATO**
Periodo maggio/dicembre 2026

SCADENZA 9 aprile 2026

**DA PRESENTARE ESCLUSIVAMENTE QUALORA SI INTENDA RIVALUTARE
E AGGIORNARE LA SCHEDA SALUTE E/O LA SCHEDA SOCIALE**

La domanda redatta sull'apposito modulo, disponibile nell'espositore posizionato all'interno del Municipio o scaricabile dal sito istituzionale del Comune www.comune.ussana.ca.it, deve essere presentata esclusivamente al **protocollo generale comunale** (tel. 070 91894339) secondo le seguenti modalità:

- **CONSEGNA A MANO** nei seguenti giorni e orari: - **dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 11.00;**
- **lunedì e giovedì dalle 15.30 alle 17.00;**
- PEC al seguente indirizzo: protocollo@pec.comune.ussana.ca.it

**Al Comune di Ussana
Servizi Sociali**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via _____ n. _____

Recapito telefonico **(OBBLIGATORIO)**: _____

e-mail: _____

CHIEDE

La rivalutazione del piano personalizzato ai sensi della Legge n. 162/98:

☐ **per sé stesso/a;**

oppure

☐ **in qualità di** (barrare la voce interessata): ☐ genitore ☐ tutore/curatore ☐ amministratore di sostegno ☐ familiare

Per: (cognome e nome del beneficiario) _____

nato/a a _____ il _____ codice fiscale _____

residente a Ussana in Via/Piazza _____ n. _____

Recapito telefonico **(OBBLIGATORIO)**: _____

e-mail: _____

A TAL FINE DICHIARA

ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali in cui potrebbe incorrere in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione od uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76, nonché dell'ulteriore sanzione della decadenza dai benefici prevista dall'art. 75, articoli entrambi dello stesso D.P.R. 445/2000 sotto la propria responsabilità, **per sé o per l'avente diritto**, CHE:

- ☐ il destinatario del piano è in possesso della **certificazione di handicap grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/92**, riconosciuta il _____;
- ☐ il **nucleo familiare** del destinatario del piano è composto da:

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Relazione di parentela con il beneficiario	disabilità, o invalidità, o condizioni di salute gravi certificate <u>SI</u> oppure <u>NO</u>

☐ il destinatario del piano è in possesso di un **ISEE 2026** di € _____ (può essere presentata anche fotocopia dell'attestazione ISEE 2026);

☐ Di voler ricevere tutte le comunicazioni relative alla presente istanza al seguente indirizzo:

c/o famiglia _____

Via/Piazza _____ n. _____ Località _____

e-mail: _____ pec: _____

☐ **che nell'anno 2025, il destinatario del piano ha svolto le seguenti ATTIVITÀ:**

Carico assistenziale nell'anno 2025	Soggetto (ditta, scuola, ente di formazione, etc...) INDICARE I DATI	n. ore settimanali (A)	n. settimane anno 2025 (B)	n. ore annuali (A x B)
Lavoro				
Frequenza scolastica				
Asilo nido				
Scuola materna				
Corsi di formazione				
Fisioterapia				
Servizi di Assistenza Domiciliare (Comune, Plus ecc.)				
Assistenza Domiciliare Integrata				
Frequenza Centri Diurni				
Ricovero, soggiorno e/o accoglienza in struttura pubblica o privata				
Frequenza centri di aggregazione sociale				
Trasporto				
Altri servizi fruiti				

☐ **che nell'anno 2025, il destinatario del piano ha usufruito dei seguenti SERVIZI** (specificare se si tratta di servizi erogati gratuitamente dal Settore Pubblico, per esempio ATS, Comune etc o pagati privatamente e interamente dalla famiglia. L'elenco non è esaustivo; pertanto i servizi non menzionati possono essere indicati nell'ultima riga della tabella):

Servizio fruito nell'anno 2025	Soggetto erogatore (Asl, Comune, scuola etc...) INDICARE I DATI	Pagato privatamente e interamente dal beneficiario indicare si/no	n. ore settimanali (A)	n. settimane di fruizione nell'anno 2025 (B)	n. ore annuali (A x B)
Inserimento socio-lavorativo, servizio civile					
Asilo Nido					
Fisioterapia					
Assistenza domiciliare					
Assistenza domiciliare integrata					
Frequenza centri diurni (ANFASS, AIAS, Alzheimer, etc..)					
Ricovero, Soggiorno e/o accoglienza in struttura pubblica o privata per più di 30 gg consecutivi					
Frequenza centri di aggregazione sociale comunali					
Trasporto (ad esempio presso centri riabilitativi, etc..)					
Altri servizi					

* Non devono essere indicati come servizi fruiti tutti gli interventi attivati nell'ambito del programma di Vita indipendente, PNRR, "Dopo di noi" né, in generale, tutti i periodi degli inserimenti socio-lavorativi (es: Includis).

☐ **che nell'anno 2025**, il destinatario del piano oppure un familiare ha beneficiato dei **PERMESSI DA LAVORO** ai sensi della **LEGGE 104/92** come di seguito:

Beneficiario dei Permessi Legge 104/92		Soggetto erogatore/ Datore di lavoro	n. ore settimanali (A)	n. settimane anno 2025 (B)	n. ore annuali (A x B)
Cognome e Nome	Relazione di parentela con il beneficiario del piano				

☐ **che nell'anno 2025**, il destinatario del piano è stato **assistito** dai propri familiari come di seguito:

COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE				
Cognome	Nome	Età	Relazione con il destinatario del piano	n. ore giornaliere dedicate all'assistenza del destinatario del piano

☐ che il finanziamento ottenuto verrà utilizzato per la seguente tipologia di intervento (indicare tipologia):

TIPOLOGIA DI SERVIZI DEI PIANI IN FAVORE DI PERSONE CON MENO DI 65 ANNI

- a) servizio socio-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.

TIPOLOGIA DI SERVIZI DEI PIANI IN FAVORE DEGLI ULTRASESSANTACINQUENNI

- a) servizio socio-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. n. 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.

- ☐ che attualmente il destinatario del piano presenta le seguenti particolari situazioni di **DISAGIO**:

Situazione di Disagio attuale	SI / NO
Compresenza di più persone con disabilità grave nello stesso nucleo familiare che presentano il piano personalizzato;	
Persona con disabilità grave che vive sola;	
Persona con disabilità grave che vive con soli familiari di età superiore ai 75 anni o persone con disabilità grave che vive con familiari affetti da gravi patologie (documentate);	
Famiglia 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 altri figli sotto i tre anni;	

ALLEGA:

- ☐ Copia della Certificazione della condizione di handicap grave di cui all'art.3, comma 3 della **Legge n. 104/92**;
- ☐ Attestazione **ISEE 2026** (può essere autocertificato oppure può essere allegata fotocopia);
- ☐ Scheda di valutazione sanitaria - **Allegato B**, debitamente compilata, firmata e timbrata dal medico di medicina generale, o dal pediatra di libera scelta o da altro medico di struttura pubblica o convenzionato – **con indicazione dell'anno di insorgenza dell'handicap grave a) congenita o insorta entro i 35 anni di età OPPURE b) dopo il compimento dei 35 anni di età (specificare l'età)**;
- ☐ Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà degli emolumenti percepiti dal beneficiario anno 2025 - **Allegato D**;
- ☐ Copia del documento d'identità del dichiarante, in corso di validità;
- ☐ Copia del documento d'identità del beneficiario in corso di validità (se diverso dal dichiarante);
- ☐ Eventuale altra documentazione comprovante condizioni di disabilità, o invalidità, o condizioni di salute gravi riferite a familiari appartenenti allo stesso nucleo del richiedente;
- ☐ Copia del provvedimento del Tribunale di nomina di tutore/curatore o amministratore di sostegno;
- ☐ IBAN del c/c intestato o cointestato al beneficiario (NO LIBRETTI POSTALI) se variato rispetto al progetto dell'anno precedente.

Il/La richiedente prende atto che verrà contattato/a dai Servizi Sociali per la predisposizione del piano personalizzato.

Per Informazioni: 070/91894312 – 340 – 341 - 342 e-mail: m.tronci@comune.ussana.ca.it
p.piredda@comune.ussana.ca.it
g.luppi@comune.ussana.ca.it

INFORMATIVA TRATTAMENTO DATI PERSONALI

(Art. 13, Reg. UE n. 679/2016)

Il Regolamento europeo sulla privacy (Reg UE n. 679/2016, di seguito GDPR) prescrive a favore degli interessati una serie di diritti riguardo al trattamento dei dati personali.

Lei, in quanto interessato dai trattamenti effettuati presso il nostro Comune, compiuti per motivi di interesse pubblico rilevante, ha il diritto di essere informato sulle caratteristiche del trattamento dei Suoi dati e sui diritti che la normativa le riconosce.

Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento è il Comune di Ussana.

Responsabile della protezione dei dati (DPO)

Denominazione: Innovation Pa S.R.L.

Soggetto individuato quale referente per il titolare/responsabile: Avv. Ivan Orrù

E-mail: dpo.innovationpa@gmail.com

PEC: dpo.innovationpa@legalmail.it

Modalità di trattamento

Il trattamento dei dati personali, forniti da Lei direttamente o comunque acquisiti sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del GDPR in materia di misure di sicurezza.

Il trattamento:

- è finalizzato unicamente allo svolgimento di compiti istituzionali nel rispetto di leggi e regolamenti, nel rispetto dei principi di liceità, correttezza e trasparenza;
- avverrà presso la sede del Comune e le altre sedi decentrate (*se presenti*);
- sarà svolto con l'utilizzo di procedure anche informatizzate, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità.

Ambito di comunicazione e diffusione

I suoi dati:

- potranno non saranno mai diffusi e non saranno oggetto di comunicazione, fatte salve le comunicazioni previste espressamente da disposizioni di legge;
- saranno a conoscenza del responsabile del trattamento, e degli incaricati del trattamento: i soli impiegati e funzionari comunali (con profilo tecnico o amministrativo) addetti alle procedure necessarie per lo svolgimento dell'attività o procedimento amministrativo.

Diritti dell'interessato

In ogni momento, Lei potrà esercitare il diritto di:

- avere accesso ai dati oggetto di trattamento, ai sensi dell'art. 15 del GDPR e della normativa nazionale che ne coordina l'applicazione;
- richiedere la rettifica dei dati inesatti oggetto di trattamento, ai sensi dell'art. 16 del GDPR e della normativa nazionale che ne coordina l'applicazione;
- revocare il proprio consenso al trattamento dei dati;
- esercitare la facoltà di oscurare alcuni dati o eventi che la riguardano;
- opporsi al trattamento, indicandone il motivo;
- chiedere la cancellazione dei dati personali oggetto di trattamento;
- presentare reclamo avverso il trattamento presso l'Autorità Garante per la protezione dei dati personali e ricorso presso l'Autorità giudiziaria competente.

Non è applicabile al presente Trattamento l'istituto della portabilità dei dati previsto dall'art. 20 del GDPR.

Per l'esercizio dei suoi diritti e per qualsiasi altra informazione, può rivolgersi al seguente ufficio:

Comune di Ussana – Area Giuridica

Telefono: 070918941;

E-Mail: info@comune.ussana.ca.it;

PEC: protocollo@pec.comune.ussana.ca.it

Ussana li, _____

Firma

ALLEGATO B

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: _____

Patologia congenita insorta prima dei 35 anni SI ☐ NO ☐

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)

Data _____

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

☐ incaricato della tutela

☐ titolare della patria potestà

☐ 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 2025 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.