



CONSORZIO
INTERCOMUNALE
DEI SERVIZI E
INTERVENTI SOCIALI

AVVISO PUBBLICO

**PER LA CONCESSIONE DI FINANZIAMENTI PER PIANI
PERSONALIZZATI DI INTERVENTO A FAVORE DI MINORI, GIOVANI
E GIOVANI-ADULTI CON DISABILITÀ –L.R. 20/2006.**

PIANI PER LE AUTONOMIE

SCADENZA 12.10.2020

Vista la legge 8 novembre 2000, n. 328 recante “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”;

Vista la Legge Regionale del 23 novembre 2006, n. 20 concernente “Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza”;

Vista la legge 5 febbraio 1992, n. 104 concernente “Legge quadro per l’assistenza, l’integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate”, come modificata dalla legge 21 maggio 1998, n. 162;

CODICE FISCALE
97874100585

COMUNI DI

Campagnano di Roma
Capena
Castelnuovo di Porto
Civitella San Paolo
Fiano Romano
Filacciano
Formello
Magliano Romano
Mazzano Romano
Morlupo
Nazzano
Ponzano Romano
Riano
Rignano Flaminio
Sacrofano
Sant’Oreste
Torrita Tiberina

Vista la Legge Regionale 10 agosto 2016, n. 11 recante “Sistema Integrato degli interventi e servizi sociali della Regione Lazio” che all’art 4 lettera r) prevede tra gli altri obiettivi *“promozione di interventi volti a sostenere la vita indipendente delle persone in condizioni di non autosufficienza o con limitata autonomia...”*;

Visto il Piano Sociale di Zona del Consorzio Valle del Tevere;

Vista la programmazione dell’Ufficio di Piano del Consorzio Valle del Tevere per gli interventi di cui al presente avviso per le annualità 2020-2021;

Atteso che la spesa prevista per la realizzazione degli interventi oggetto del presente avviso è pari a € **252.000,00** per interventi a favore di disabili medio-gravi;

Vista la Determinazione del Consorzio Valle del Tevere n. 138 del 03.09.2020 di approvazione del presente Avviso Pubblico;

Dato atto che i criteri di valutazione per la concessione di finanziamenti sono stati oggetto di condivisione tra i servizi sociali territoriali.

SI RENDE NOTO

Sono aperti i termini per la presentazione delle domande per la concessione di finanziamenti per interventi di promozione delle autonomie personali, da gestire in forma indiretta, a favore di minori, giovani e giovani-adulti con disabilità, residenti nel territorio del Consorzio Valle del Tevere.

Saranno finanziati **n. 42 Piani** per l’autonomia, per un **importo mensile massimo di € 500,00 (cinquecento/00) cadauno**, per un totale di n. 12 mesi.

SEDE LEGALE

c/o Comune di Formello
Piazza S. Lorenzo, 8
00060 Formello RM

TELEFONI

06 90194606-607-608
Fax 06 9089577

E-MAIL

presidente@consorziovalledeltevere.it
direttore@consorziovalledeltevere.it
amministrazione@consorziovalledeltevere.it
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it
info@pec.consorziovalledeltevere.it



CONSORZIO
INTERCOMUNALE
DEI SERVIZI E
INTERVENTI SOCIALI

CODICE FISCALE

97874100585

COMUNI DI

Campagnano di Roma
Capena
Castelnuovo di Porto
Civitella San Paolo
Fiano Romano
Filacciano
Formello
Magliano Romano
Mazzano Romano
Morlupo
Nazzano
Ponzano Romano
Riano
Rignano Flaminio
Sacrofano
Sant'Oreste
Torrita Tiberina

SEDE LEGALE

c/o Comune di Formello
Piazza S. Lorenzo, 8
00060 Formello RM

TELEFONI

06 90194606-607-608
Fax 06 9089577

E-MAIL

presidente@consorziovalledeltevere.it
direttore@consorziovalledeltevere.it
amministrazione@consorziovalledeltevere.it
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it
info@pec.consorziovalledeltevere.it

Destinatari

Possono presentare domanda di partecipazione i **cittadini residenti** in uno dei Comuni afferenti il Consorzio Valle del Tevere e/o i loro familiari che, al momento della pubblicazione del presente avviso, siano in possesso dei seguenti requisiti:

- avere un'età compresa tra 0-35 anni;
- essere in possesso del certificato di invalidità civile al 100%.

fondamentale per accedere alla misura;

Il possesso della certificazione di cui alla L.104/92 costituisce titolo per l'attribuzione di un ulteriore punteggio rispetto al collocamento in graduatoria.

N.B. Gli utenti in possesso dei requisiti di cui sopra, qualora presentino domanda di concessione di finanziamento di cui al presente Avviso, **NON** potranno presentare la domanda di concessione per i finanziamenti di cui all'Avviso per la Disabilità Grave – L.R. 20/2006, pena esclusione di entrambe le domande.

Per la scelta della tipologia di intervento da richiedere, sarà di fondamentale importanza il supporto che il Servizio Sociale del Comune di residenza fornirà all'utente o alla sua famiglia.

Finalità dell'intervento e piani ammessi al finanziamento

Saranno finanziati, ai sensi della L.R. 20/2006, interventi con finalità di promozione delle autonomie della persona disabile in forma indiretta, da definire mediante l'attivazione di Piani di Assistenza Individualizzati (PAI).

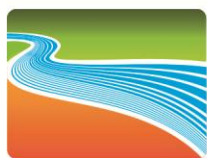
Prestazioni ammissibili al finanziamento:

Intervento finalizzato allo sviluppo delle autonomie personali (intervento personalizzato sulla base dei bisogni dell'utente, al fine di promuoverne l'autonomia e l'inclusione sociale attiva);

Socializzazione e integrazione (favorire la partecipazione ad attività socializzanti, sostegno nelle relazioni familiari ed extra-familiari, accompagnamento socio-educativo).

Resta inteso che, trattandosi di un servizio da gestire in forma indiretta, sarà assicurata la totale libertà di scelta da parte dell'utente o di un suo familiare di stipulare un contratto di lavoro con soggetti privati -nel rispetto della vigente normativa in materia previdenziale e assicurativa - o in alternativa un contratto di assistenza con Enti del Terzo Settore.

Gli operatori destinati al servizio **non potranno essere parenti e/o affini dell'utente entro il 3° grado di parentela.**



**VALLE del
TEVERE**

CONSORZIO
INTERCOMUNALE
DEI SERVIZI E
INTERVENTI SOCIALI

Il personale impegnato nelle attività, sia esso assunto in forma privata che attraverso un Ente/organismo, dovrà essere in possesso delle seguenti qualifiche:

- **Educatore Professionale socio-pedagogico (classe di laurea L-19)**
- **Educatore Professionale socio-sanitario (classe di laurea L/SNT/2, che comprende fisioterapista, logopedista, ortottista, tecnico della riabilitazione psichiatrica, terapeuta della neuro-psicomotricità dell'età evolutiva, terapeuta occupazionale)**

In caso di finanziamento dell'intervento, l'utente o suo familiare dovrà presentare presso l'Ufficio di Piano del Consorzio, **entro il 31 ottobre 2020**, copia del PAI (All. D del presente Avviso) e del contratto di lavoro o convenzione, pena l'esclusione dalla graduatoria.

I nuovi piani di intervento finanziati dovranno avere inizio a decorrere dal 01/11/2020 e dovranno avere una durata massima di un anno solare (01/11/2020 – 31/10/2021), fatta salva eventuale proroga, che sarà comunicata, dovuta all'elevato numero di domande pervenute.

Per i Piani già finanziati nell'annualità 2019/2020, ammessi nella nuova graduatoria, sarà garantita la continuità a decorrere dalla data di scadenza del contratto in essere.

Non saranno finanziate prestazioni che abbiano finalità inerenti e/o correlate al "diritto allo studio" o di natura strettamente sanitaria.

Il finanziamento non è compatibile con il ricovero permanente residenziale in struttura sanitaria o sociosanitaria (R.S.A. - Struttura socio-assistenziale); in questo caso, l'utente o un suo familiare è tenuto a darne tempestiva comunicazione all'Ufficio di Piano, indicando la data dell'inserimento.

Modalità di valutazione

La valutazione delle domande sarà effettuata dalla UVMD distrettuale integrata e dagli operatori dei servizi sociali individuati dal Direttore del Consorzio Valle del Tevere, tra quelli in forza tra i Comuni consorziati e/o l'Ufficio di Piano.

La UVMD valuterà gli elementi sociali e sanitari delle domande pervenute, assegnerà i punteggi e, sulla base di questi, formulerà una graduatoria definitiva.

In caso di incongruità nella documentazione prodotta o di dubbi nella comprensione di talune circostanze, la UVMD si riserva di procedere alla richiesta di ulteriori accertamenti. e/o chiarimenti.

La graduatoria definitiva sarà pubblicata sul sito istituzionale del Consorzio e su quelli dei Comuni consorziati e, da quel momento, i beneficiari degli interventi saranno chiamati a condividere e sottoscrivere i singoli P.A.I con il Servizio Sociale del Comune di residenza.

CODICE FISCALE

97874100585

COMUNI DI

Campagnano di Roma
Capena
Castelnuovo di Porto
Civitella San Paolo
Fiano Romano
Filacciano
Formello
Magliano Romano
Mazzano Romano
Morlupo
Nazzano
Ponzano Romano
Riano
Rignano Flaminio
Sacrofano
Sant'Oreste
Torrita Tiberina

SEDE LEGALE

c/o Comune di Formello
Piazza S. Lorenzo, 8
00060 Formello RM

TELEFONI

06 90194606-607-608
Fax 06 9089577

E-MAIL

presidente@consorziovalledeltevere.it
direttore@consorziovalledeltevere.it
amministrazione@consorziovalledeltevere.it
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it
info@pec.consorziovalledeltevere.it



CONSORZIO
INTERCOMUNALE
DEI SERVIZI E
INTERVENTI SOCIALI

CODICE FISCALE

97874100585

COMUNI DI

Campagnano di Roma
Capena
Castelnuovo di Porto
Civitella San Paolo
Fiano Romano
Filacciano
Formello
Magliano Romano
Mazzano Romano
Morlupo
Nazzano
Ponzano Romano
Riano
Rignano Flaminio
Sacrofano
Sant'Oreste
Torrita Tiberina

SEDE LEGALE

c/o Comune di Formello
Piazza S. Lorenzo, 8
00060 Formello RM

TELEFONI

06 90194606-607-608
Fax 06 9089577

E-MAIL

presidente@consorziovalledeltevere.it
direttore@consorziovalledeltevere.it
amministrazione@consorziovalledeltevere.it
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it
info@pec.consorziovalledeltevere.it

Saranno finanziati **n.42** Piani Personalizzati di Intervento, per un importo annuo totale **€ 6.000,00** cadauno (per un importo massimo di € 500,00 mensili).

In caso di decesso, rinuncia o perdita dei requisiti di uno degli aventi diritto, l'Ufficio di Piano procederà allo scorrimento della graduatoria.

La graduatoria distrettuale definitiva sarà consultabile sul sito istituzionale del Consorzio Valle del Tevere www.consorziovalledeltevere.it e su [quelli dei Comuni del Consorzio](#).

Criteri di valutazione e punteggi

Ogni domanda di accesso al contributo raggiungerà un punteggio per ogni area oggetto di valutazione (i criteri di valutazione sono allegati al presente avviso – All. F).

L'attribuzione dei punteggi avverrà sulla scorta delle dichiarazioni rese e della documentazione prodotta.

Il punteggio assegnato per ogni area potrà raggiungere il seguente punteggio massimo:

AREA DI RIFERIMENTO	PUNTEGGIO MASSIMO
Area sanitaria	n. 40 punti
Area del bisogno sociale	n. 50 punti
Area socio-economica	n. 10 punti

Parità di punteggio

In caso di parità di punteggio, verrà presa in considerazione la data e l'ora di arrivo della domanda all'Ufficio di Piano del Consorzio Valle del Tevere.

Modalità di liquidazione del finanziamento

1) Entro il 15 del mese successivo al primo bimestre di attivazione del servizio la famiglia dell'utente sarà tenuta a trasmettere al Consorzio il modello di rendicontazione (All E) e le fatture/buste paga **non quietanzate**, relative alle prime due mensilità (es: inizio contratto 01 gennaio: entro il 15 marzo la famiglia dovrà presentare le fatture/buste **non quietanzate** paga dei mesi di gennaio e febbraio);

2) Il Consorzio, a seguito della suddetta trasmissione, provvederà a anticipare alla famiglia, le somme relative alle spese da sostenere;

3) A decorrere dal secondo bimestre la famiglia, entro il 15 del mese successivo al bimestre di riferimento, dovrà trasmettere il modello di rendicontazione (All E) e le fatture/buste paga **non quietanzate**, relative alle mensilità di riferimento **nonché l'attestazione di avvenuto pagamento delle**



CONSORZIO
INTERCOMUNALE
DEI SERVIZI E
INTERVENTI SOCIALI

CODICE FISCALE

97874100585

COMUNI DI

Campagnano di Roma
Capena
Castelnuovo di Porto
Civitella San Paolo
Fiano Romano
Filacciano
Formello
Magliano Romano
Mazzano Romano
Morlupo
Nazzano
Ponzano Romano
Riano
Rignano Flaminio
Sacrofano
Sant'Oreste
Torrita Tiberina

SEDE LEGALE

c/o Comune di Formello
Piazza S. Lorenzo, 8
00060 Formello RM

TELEFONI

06 90194606-607-608
Fax 06 9089577

E-MAIL

presidente@consorziovalledeltevere.it
direttore@consorziovalledeltevere.it
amministrazione@consorziovalledeltevere.it
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it
info@pec.consorziovalledeltevere.it

fatture/buste paga per le quali il Consorzio aveva anticipato le spese (es: entro il 15 maggio la famiglia dovrà presentare le fatture/buste paga del mese di marzo e aprile non quietanzate congiuntamente alla documentazione attestante il pagamento del servizio dei mesi di gennaio e febbraio);

4) Per i bimestri successivi saranno seguite le modalità del punto tre.

Qualora la famiglia nella presentazione delle fatture bimestrali non dovesse allegare l'attestazione del pagamento dei bimestri precedenti anticipati dal Consorzio, incorrerà nell'interruzione dell'anticipo delle spese da parte del Consorzio, fatta salva la possibilità per la cooperativa operatore di interrompere il servizio.

Nel caso in cui le fatture/buste paga presentate riportassero importi inferiori € 500,00 mensili, la differenza con detto importo non potrà essere compensata con fatture/buste paga relative a mensilità successive.

Termini e presentazione delle domande

Lo schema di domanda e annessa autocertificazione – da rendere ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 -.per la concessione di finanziamenti per i piani personalizzati **di intervento, finalizzati alla promozione delle autonomie** sarà a disposizione presso:

- Ufficio Servizi Sociali del Comune di residenza;
- Punto Unico di Accesso (PUA) nella sede Asl di Campagnano di Roma, Via Adriano I n. 8, tel. 06/96669769 il martedì e il giovedì dalle ore 08:00 alle ore 13:00;
- Scaricabili sul sito istituzionale del Consorzio Valle del Tevere www.consorziovalledeltevere.it e su quelli dei Comuni del Consorzio.

Alla domanda, compilata in tutte le sue parti, dovrà essere allegata la seguente documentazione:

- Copia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità dell'utente e del richiedente;
- Copia certificazione verbale d'invalidità civile al 100%;
- Copia certificazione attestante la condizione di handicap ex art. 3 comma 1 o comma 3 L. 104/92, rilasciata dalla Commissione medica individuata ai sensi dell'art. 4 della medesima Legge (Se in possesso);
- Copia attestazione ISEE in corso di validità, ai sensi della vigente normativa, D.P.C.M. n. 159 del 5 dicembre 2013;
- Estremi bancari su cui effettuare l'accredito del contributo (All B);
- Certificazione di valutazione del livello di non autosufficienza, da compilarsi a cura del medico di base dell'utente (All C).

Il plico, oltre al **nome e all'indirizzo del mittente**, dovrà riportare la dicitura **Non Aprire – Documenti concessione finanziamenti per Piani Assistenziali Individualizzati in favore di Minori, Giovani e Giovani Adulti con disabilità IN FAVORE DI MINORI, GIOVANI E GIOVANI-ADULTI CON DISABILITÀ - Piani per le Autonomie– Consorzio Valle del Tevere.**



CONSORZIO
INTERCOMUNALE
DEI SERVIZI E
INTERVENTI SOCIALI

CODICE FISCALE
97874100585

COMUNI DI

Campagnano di Roma
Capena
Castelnuovo di Porto
Civitella San Paolo
Fiano Romano
Filacciano
Formello
Magliano Romano
Mazzano Romano
Morlupo
Nazzano
Ponzano Romano
Riano
Rignano Flaminio
Sacrofano
Sant'Oreste
Torrita Tiberina

SEDE LEGALE

c/o Comune di Formello
Piazza S. Lorenzo, 8
00060 Formello RM

TELEFONI

06 90194606-607-608
Fax 06 9089577

E-MAIL

presidente@consorziovalledeltevere.it
direttore@consorziovalledeltevere.it
amministrazione@consorziovalledeltevere.it
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it
info@pec.consorziovalledeltevere.it

A pena di esclusione la domanda dovrà pervenire all'Ufficio di Piano del Consorzio Valle del Tevere – Piazza San Lorenzo n. 8, 00060 Formello RM, **entro e non oltre le ore 13.00 del giorno 12.10.2020** tramite un plico debitamente chiuso e controfirmato su tutti i lembi di chiusura in maniera da garantirne l'integrità.

Il recapito del plico, potrà avvenire a mano, con raccomandata A/R o mediante agenzie di recapito autorizzate, o tramite PEC all'indirizzo info@pec.consorziovalledeltevere.it.

Farà fede la data e l'ora apposte sul plico dall'Ufficio di Piano del Consorzio Valle del Tevere.

Per la consegna a mano delle domande l'Ufficio di Piano Consorzio Valle del Tevere – Formello - Piazza San Lorenzo, 8 – 00060, tel. 06/90194606-607-608 rispetterà il seguente orario di accoglienza: dal lunedì al venerdì dalle ore 9.30 alle ore 13.00 – il martedì e il giovedì dalle ore 15.30 alle ore 17.30.

Non saranno prese in considerazione le domande pervenute oltre il termine stabilito.

Tutela della privacy

I dati di cui il Consorzio entrerà in possesso a seguito del presente avviso saranno trattati nel rispetto delle disposizioni dettate dal D.Lgs. n. 196/2003 e dal D.Lgs n.101/2018 di adeguamento della normativa nazionale al Regolamento U.E. 2016/679, comunque utilizzate esclusivamente per le finalità del presente avviso.

Il titolare del trattamento è il Direttore del Consorzio Valle del Tevere.

Casi particolari

Eventuali modifiche alle modalità di erogazione del servizio, rispetto a quelle previste, dovranno essere comunicate dal Servizio Sociale territorialmente competente all'Ufficio di Piano del Consorzio Valle del Tevere.

Potranno essere effettuati controlli per verificare la veridicità delle dichiarazioni rese e la congruità del modello ISEE rispetto allo stato di famiglia.

Il Responsabile del Procedimento è Simonetta De Mattia, Direttore del Consorzio Valle del Tevere Tel. – 06 90194606 - Fax 06 9089577.

E-mail direttore@consorziovalledeltevere.it

Data, 14.09.2020 prot. n. 1760

Il Direttore

Dott.ssa Simonetta De Mattia



CONSORZIO
INTERCOMUNALE
DEI SERVIZI E
INTERVENTI SOCIALI

CODICE FISCALE
97874100585

COMUNI DI
Campagnano di Roma
Capena
Castelnuovo di Porto
Civitella San Paolo
Fiano Romano
Filacciano
Formello
Magliano Romano
Mazzano Romano
Morlupo
Nazzano
Ponzano Romano
Riano
Rignano Flaminio
Sacrofano
Sant'Oreste
Torrita Tiberina

SEDE LEGALE
c/o Comune di Formello
Piazza S. Lorenzo, 8
00060 Formello RM

TELEFONI
06 90194606-607-608
Fax 06 9089577

E-MAIL
presidente@consorziovalledeltevere.it
direttore@consorziovalledeltevere.it
amministrazione@consorziovalledeltevere.it
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it
info@pec.consorziovalledeltevere.it

ALL. A

Consorzio Valle del Tevere
c/o Comune di Formello
P.za S. Lorenzo , 8
00060 Formello(RM)

Domanda per la concessione di finanziamenti per progetti personalizzati di promozione delle autonomie in favore di minori, giovani e giovani adulti con disabilità – Piani per le autonomie.

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Residente in _____ Prov. _____ CAP _____

Via _____ n. _____

Codice Fiscale _____

Telefono _____ Cell. _____

e-mail _____

ovvero in qualità di familiare/tutore di:

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Residente in _____ Prov. _____ CAP _____

Via _____ n. _____

rapporto di parentela _____

CHIEDE

la concessione del finanziamento per l'attivazione di programmi d'intervento per le autonomie, da gestire in forma indiretta, per un importo totale annuo di massimo € **6.000,00 (massimo € 500,00 mensili)**, a favore di persone disabili medio-gravi, non autosufficienti, con verifica delle prestazioni erogate e della loro efficacia.

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, a conoscenza di quanto previsto dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. sulla responsabilità penale cui può



CONSORZIO
INTERCOMUNALE
DEI SERVIZI E
INTERVENTI SOCIALI

CODICE FISCALE

97874100585

COMUNI DI

Campagnano di Roma
Capena
Castelnuovo di Porto
Civitella San Paolo
Fiano Romano
Filacciano
Formello
Magliano Romano
Mazzano Romano
Morlupo
Nazzano
Ponzano Romano
Riano
Rignano Flaminio
Sacrofano
Sant'Oreste
Torrita Tiberina

SEDE LEGALE

c/o Comune di Formello
Piazza S. Lorenzo, 8
00060 Formello RM

TELEFONI

06 90194606-607-608
Fax 06 9089577

E-MAIL

presidente@consorziovalledeltevere.it
direttore@consorziovalledeltevere.it
amministrazione@consorziovalledeltevere.it
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it
info@pec.consorziovalledeltevere.it

andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e sulla decadenza dei benefici acquisiti a seguito di dichiarazioni non veritiere:

1. di essere residente in uno dei Comuni del Consorzio;
 2. di avere un'età compresa tra 0-35 anni;
 3. di essere, o di presentare domanda per conto di possessore d'invalidità civile al 100% ;
 4. di impegnarsi a stipulare idoneo contratto di lavoro con educatori professionali socio-pedagogici o socio-sanitari nel rispetto della normativa vigente, compresa apposita assicurazione RCT in favore degli stessi, o in alternativa stipulare idonea convenzione con Enti di Terzo Settore;
 5. di impegnarsi a trasmettere, all'Ufficio di Piano del Consorzio, **entro il 31 ottobre 2020**, copia del PAI e del contratto di lavoro o convenzione;
 6. che gli assistenti destinati al servizio non saranno propri parenti e/o affini entro il 3° grado di parentela;
 7. di impegnarsi a rispettare le modalità e i termini di rendicontazione esplicitati nell'Avviso pubblico;
 8. di aver preso conoscenza e di accettare le eventuali decadenze dal beneficio in caso di mancata rendicontazione;
 9. **(solo se in possesso di certificazione di cui alla Legge 104/92)** di essere o di presentare domanda per conto di portatore di handicap L. 104/92 -Diagnosi (come da verbale d'invalidità)
10. che la composizione del nucleo familiare dell'utente beneficiario dell'intervento è la seguente:

Nominativo	Grado di parentela	Data di nascita	Disabilità art. 3, comma 3, L. 104/92	Invalidità civile 100%	Occupazione lavorativa

P.s. le informazioni contenute nella tabella di cui sopra saranno oggetto di valutazione al fine dell'attribuzione dei punteggi, pertanto la stessa dovrà essere compilata in modo scrupoloso e attinente.



CONSORZIO
INTERCOMUNALE
DEI SERVIZI E
INTERVENTI SOCIALI

CODICE FISCALE

97874100585

COMUNI DI

Campagnano di Roma
Capena
Castelnuovo di Porto
Civitella San Paolo
Fiano Romano
Filacciano
Formello
Magliano Romano
Mazzano Romano
Morlupo
Nazzano
Ponzano Romano
Riano
Rignano Flaminio
Sacrofano
Sant'Oreste
Torrita Tiberina

SEDE LEGALE

c/o Comune di Formello
Piazza S. Lorenzo, 8
00060 Formello RM

TELEFONI

06 90194606-607-608
Fax 06 9089577

E-MAIL

presidente@consorziovalledeltevere.it
direttore@consorziovalledeltevere.it
amministrazione@consorziovalledeltevere.it
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it
info@pec.consorziovalledeltevere.it

- di usufruire dei seguenti servizi e/o prestazioni sociali:

- di usufruire dei seguenti servizi e/o prestazioni sanitarie:

Allega alla presente domanda

- Copia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità dell'utente e del richiedente;
- Copia certificazione verbale d'invalidità civile al 100%;
- Copia certificazione attestante la condizione di handicap ex art. 3 comma 1 o comma 3 L. 104/92, rilasciata dalla Commissione medica individuata ai sensi dell'art. 4 della medesima Legge (Se in possesso);
- Copia attestazione ISEE in corso di validità, ai sensi dalla vigente normativa, D.P.C.M. n. 159 del 5 dicembre 2013;
- Estremi bancari su cui effettuare l'accredito del contributo (All B);
- Certificazione di valutazione del livello di non autosufficienza, da compilarsi a cura del medico di base dell'utente (All C).

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole e di accettare che i dati conferiti con la presente domanda saranno trattati da personale incaricato dal Consorzio, e/o trasferiti a terzi, per le sole finalità connesse alla procedura in argomento, nel rispetto del D.Lgs. n. 196/2003.

Data _____ Firma _____

**COMUNI DI****SEDE LEGALE**

c/o Comune di Formello
Piazza S. Lorenzo, 8
00060 Formello RM

TELEFONI

06 90194606-607-608
Fax 06 9089577

E-MAIL

presidente@consorziovalledeltevere.it
direttore@consorziovalledeltevere.it
amministrazione@consorziovalledeltevere.it
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it
info@pec.consorziovalledeltevere.it

**Consorzio Valle del Tevere
c/o Comune di Formello
P.zza S. Lorenzo , 8
00060 Formello (RM)**

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Residente in _____ Prov. _____ CAP _____

Via	n.
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49
50	50
51	51
52	52
53	53
54	54
55	55
56	56
57	57
58	58
59	59
60	60
61	61
62	62
63	63
64	64
65	65
66	66
67	67
68	68
69	69
70	70
71	71
72	72
73	73
74	74
75	75
76	76
77	77
78	78
79	79
80	80
81	81
82	82
83	83
84	84
85	85
86	86
87	87
88	88
89	89
90	90
91	91
92	92
93	93
94	94
95	95
96	96
97	97
98	98
99	99
100	100

Codice Fiscale

Telefono _____ Cell. _____

e-mail

ovvero in qualità di familiare/ tutore di:

Cognome	Nome
---------	------

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Residente in _____ Prov. _____ CAP _____

Via _____ n.

rapporto di parentela _____

in caso di concessione del finanziamento di cui all'oggetto chiede che il contributo sia erogato mediante bonifico bancario e a tal fine ne comunica gli estremi:

Banca: _____

Codice IBAN:

[illegible]

Dichiara di conoscere ed accettare le modalità di erogazione previste dall'avviso pubblico.

Data _____ Firma _____



CONSORZIO
INTERCOMUNALE
DEI SERVIZI E
INTERVENTI SOCIALI

ALL. C

(A CURA DI UN MEDICO DEL SSN)

VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI NON AUTOSUFFICIENZA.

Con la presente si certifica che il/la paziente _____

nato/a a _____ il _____ e residente a _____

_____ in via _____ n. _____

da me visitato in data _____ ha ottenuto una valutazione del Livello di
dipendenza pari a:

CODICE FISCALE

97874100585

COMUNI DI

Campagnano di Roma
Capena
Castelnuovo di Porto
Civitella San Paolo
Fiano Romano
Filacciano
Formello
Magliano Romano
Mazzano Romano
Morlupo
Nazzano
Ponzano Romano
Riano
Rignano Flaminio
Sacrofano
Sant'Oreste
Torrita Tiberina

☐ Totale

☐ Severa

☐ Moderata

☐ Lieve

☐ Minima

Per la valutazione di cui sopra potrà essere utilizzata la scheda Barthel Index

Modificato, di seguito allegata, o qualsivoglia altra scala di valutazione ritenuta idonea
per l'individuazione del parametro.

Si rilascia su richiesta dell'interessato e per gli usi consentiti dalla legge.

_____, il _____

SEDE LEGALE

c/o Comune di Formello
Piazza S. Lorenzo, 8
00060 Formello RM

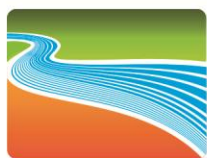
TELEFONI

06 90194606-607-608
Fax 06 9089577

E-MAIL

presidente@consorziovalledeltevere.it
direttore@consorziovalledeltevere.it
amministrazione@consorziovalledeltevere.it
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it
info@pec.consorziovalledeltevere.it

(Timbro e firma del medico certificatore)



**VALLE del
TEVERE**

CONSORZIO
INTERCOMUNALE
DEI SERVIZI E
INTERVENTI SOCIALI

CODICE FISCALE

97874100585

COMUNI DI

Campagnano di Roma
Capena
Castelnuovo di Porto
Civitella San Paolo
Fiano Romano
Filacciano
Formello
Magliano Romano
Mazzano Romano
Morlupo
Nazzano
Ponzano Romano
Riano
Rignano Flaminio
Sacrofano
Sant'Oreste
Torrita Tiberina

SEDE LEGALE

c/o Comune di Formello
Piazza S. Lorenzo, 8
00060 Formello RM

TELEFONI

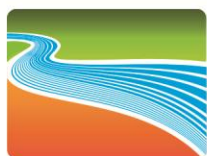
06 90194606-607-608
Fax 06 9089577

E-MAIL

presidente@consorziovalledeltevere.it
direttore@consorziovalledeltevere.it
amministrazione@consorziovalledeltevere.it
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it
info@pec.consorziovalledeltevere.it

Barthel Index Modificato (BIM)

	BIM
Alimentazione	BIM
Capace di alimentarsi da solo se i cibi sono preparati sul vassoio e raggiungibili. Autonomo (tutte le attività : tagliare, spalmare, ecc.)	10
Capace di alimentarsi da solo ma non di tagliare, aprire il latte, svitare un barattolo ecc. Non è di una persona.	8
Capace di alimentarsi da solo ma con supervisore. Richiede assistenza nelle attività come sale, girare un piatto, spalmare il burro ecc.	5
Necessita di aiuto per tutto il pasto. Capace di usare una posata (es.cucchiaio).	2
Totalmente dipendente, deve essere imboccato.	0
Igiene Personale	BIM
Capace di lavarsi mani, faccia e denti, pettinarsi; un uomo deve sapersi radere (tutte le rasoio), una donna deve sapersi truccare (esclusa l'acconciatura dei capelli) se abituati a farlo.	5
In grado di eseguire tutte le operazioni di igiene ma necessita di minimo aiuto prima e/o dopo le	4
Necessita di aiuto per una o più operazioni.	3
Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	1
Incapace di provvedere all'igiene personale. Totalmentedipendente.	0
Farsi il bagno o la doccia	BIM
Capace di farsi il bagno in vasca o la doccia o una spugnatura completa, completamente	5
Necessita di supervisione per sicurezza (es. Trasferimenti, controllo temperatura dell'acqua ecc.).	4
Necessita di aiuto per il trasferimento o per lavarsi/asciugarsi.	3
Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	1
Totalmentedipendentenellavarsi.	0
Abbigliamento	BIM
Capace di indossare, togliere e allacciare correttamente tutti gli indumenti comprese le scarpe, unaprotesi.	10
Necessita di minimo aiuto per compiti di manualità fine (bottoni, cerniere, ganci, lacci delle	8
Necessita di aiuto per mettere/togliere qualche indumento.	5
Capace di collaborare in minima parte ma dipendente per tutte le attività.	2
Totalmente dipendente, non collabora alle attività.	0
Trasferimenticarrozzina/letto	BIM
Capace, in sicurezza, di avvicinarsi al letto, bloccare i freni, alzare le pedane, trasferirsi, bordo del letto, girare la carrozzina, tornare in carrozzina. Indipendente in tutte le fasi.	15
Necessaria la supervisione di una persona per maggior sicurezza.	12
Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento.	8
Collabora ma richiede massimo aiuto, da parte di una persona, in tutti gli aspetti del	3
Totalmente dipendente, sono necessarie due persone con/senza un sollevamalat.	0
Uso del W.C.	BIM
Capace di trasferirsi da/sul W.C., sfilarsi/infilarsi i vestiti senza sporcarsi, usare la carta igienica, o la padella o il pappagallo in modo autonomo (inclusi lo svuotamento e la pulizia).	10
Necessita di una supervisione per maggior sicurezza, o per la pulizia/svuotamento della comoda,	8
Necessita di aiuto per vestirsi/svestirsi, per i trasferimenti e per lavarsi le mani.	5
Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	2
Totalmentedipendente.	0
Continenzaurinaria	BIM
Controllo completo sia di giorno che di notte. Uso autonomo dei presidi urinari interni/esterni	10
Generalmente asciutto giorno e notte. Qualche episodio di incontinenza o necessita di minimo aiuto per la gestione dei presidi urinari.	8
Generalmente asciutto di giorno ma non di notte. Necessita di aiuto per la gestione dei presidi	5
Incontinente ma collabora nell'applicazione di presidi urinari.	2
Totalmente incontinente o portatore di catetere a dimora.	0
Continenza intestinale	BIM
Controllo completo sia di giorno che di notte. Capace di mettersi le supposte o fare i clisteri.	10



**VALLE del
TEVERE**

CONSORZIO
INTERCOMUNALE
DEI SERVIZI E
INTERVENTI SOCIALI

CODICE FISCALE

97874100585

COMUNI DI

Campagnano di Roma
Capena
Castelnuovo di Porto
Civitella San Paolo
Fiano Romano
Filacciano
Formello
Magliano Romano
Mazzano Romano
Morlupo
Nazzano
Ponzano Romano
Riano
Rignano Flaminio
Sacrofano
Sant'Oreste
Torrita Tiberina

SEDE LEGALE

c/o Comune di Formello
Piazza S. Lorenzo, 8
00060 Formello RM

TELEFONI

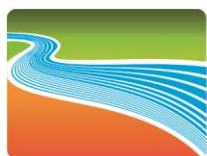
06 90194606-607-608
Fax 06 9089577

E-MAIL

presidente@consorziovalledeltevere.it
direttore@consorziovalledeltevere.it
amministrazione@consorziovalledeltevere.it
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it
info@pec.consorziovalledeltevere.it

Occasionali episodi di incontinenza, necessita di supervisione per uso di supposte o clisteri.	8
Frequenti episodi di incontinenza. Non è in grado di eseguire manovre specifiche e di pulirsi. nell'uso dei dispositivi come il pannolone.	5
Necessita di aiuto in tutte le fasi.	2
Totalmente incontinente.	0
Deambulazione	BIM
Capace di gestire una protesi se necessaria, di alzarsi in piedi e di sedersi, di sistemare gli ausili. Capace di usare gli ausili (bastone, ecc.) e di camminare 50 mt. senza aiuto o supervisore.	15
Indipendente nella deambulazione ma con autonomia inferiore a 50 metri o necessita di supervisione per maggior sicurezza nelle situazioni a rischio.	8
Necessita di una persona per raggiungere o usare correttamente gli ausili.	5
Necessita della presenza costante di una o più persone durante la deambulazione.	2
Totalmente dipendente, non è in grado di deambulare.	0
Uso della carrozzina (nel BIM non c'è questa area, inserire 5 nell'area. Deambulazione se il paziente è autonomo in carrozzina).	BIM
Capace di muoversi autonomamente in carrozzina (fare le curve, cambiare direzione, avvicinarsi al tavolo, letto, wc ecc.).	5
L'autonomia deve essere di almeno 50 mt.	
Capace di spingersi per tempi prolungati e su terreni pianeggianti, necessita di aiuto per le curve strette.	4
E' necessario l'aiuto di una persona per avvicinare la carrozzina al tavolo, al letto ecc.	3
Capace di spingersi per brevi tratti e su terreni pianeggianti, necessita di aiuto per tutte le manovre.	1
Totalmente dipendente negli spostamenti con la carrozzina.	0
Scale	BIM
E' in grado di salire e scendere una rampa di scala in sicurezza senza aiuto né supervisione. Se necessario usa il corrimano o gli ausili (bastone ecc.) e li trasporta in modo autonomo.	10
Generalmente è autonomo. Occasionalmente necessita di supervisione per sicurezza o a causa di rigidità mattutina (spasticità), dispnea ecc.	8
Capace di fare le scale ma non di gestire gli ausili, necessita di supervisione e di assistenza.	5
Necessita di aiuto costante in tutte le fasi compresa la gestione degli ausili.	2
Incapace di salire e scendere le scale.	0
TOTALE	

Categorie	Punteggi totali Indice di Barthel Modificato	Livello di dipendenza
1	0-24	Totale
2	25-49	Severa
3	50-74	Moderata
4	75-90	Lieve
5	91-99	Minima



**VALLE del
TEVERE**

CONSORZIO
INTERCOMUNALE
DEI SERVIZI E
INTERVENTI SOCIALI

CODICE FISCALE

97874100585

COMUNI DI

Campagnano di Roma
Capena
Castelnuovo di Porto
Civitella San Paolo
Fiano Romano
Filacciano
Formello
Magliano Romano
Mazzano Romano
Morlupo
Nazzano
Ponzano Romano
Riano
Rignano Flaminio
Sacrofano
Sant'Oreste
Torrita Tiberina

SEDE LEGALE

c/o Comune di Formello
Piazza S. Lorenzo, 8
00060 Formello RM

TELEFONI

06 90194606-607-608
Fax 06 9089577

E-MAIL

presidente@consorziovalledeltevere.it
direttore@consorziovalledeltevere.it
amministrazione@consorziovalledeltevere.it
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it
info@pec.consorziovalledeltevere.it

NOTA ESPLICATIVA DELLA SCHEDA DI VALUTAZIONE

Per una corretta compilazione della scheda – progetto, relativamente alla valutazione del grado di autonomia si precisa quanto segue:

DISABILITÀ INTELLETTIVA GRAVE E DISABILITÀ MOTORIA GRAVE

La disabilità intellettiva e motoria grave, ove non risultino esplicitamente dalla certificazione rilasciata ai sensi della L.104/92, per poter essere valutato, devono essere attestati da medico specialista, appartenente a struttura pubblica o accreditata. Nel caso di disabilità intellettiva deve accertare la capacità di comprensione e di espressione, la capacità di soluzione dei problemi della vita quotidiana, il rapporto con gli altri nonché la memoria. Nel caso di disabilità motoria deve accertare la capacità di deambulare, la capacità di stare seduto, la motricità del capo, la motricità delle braccia, delle mani, la motricità dei muscoli.

La valutazione dovrà essere riassunta in un giudizio sintetico di gravità.

Solo nel caso in cui sussistano evidenti e comprovate difficoltà oggettive a rivolgersi ad un medico specialista e in assenza di Servizio Disabili Adulto della ASL il responsabile del procedimento può consentire che la predetta certificazione venga rilasciata dal medico di base dell'utente.

Il certificato da cui risulti il deficit intellettivo e/o motorio grave deve essere allegato alla domanda di ammissione al beneficio.



CONSORZIO
INTERCOMUNALE
DEI SERVIZI E
INTERVENTI SOCIALI

CODICE FISCALE

97874100585

COMUNI DI

Campagnano di Roma
Capena
Castelnuovo di Porto
Civitella San Paolo
Fiano Romano
Filacciano
Formello
Magliano Romano
Mazzano Romano
Morlupo
Nazzano
Ponzano Romano
Riano
Rignano Flaminio
Sacrofano
Sant'Oreste
Torrita Tiberina

SEDE LEGALE

c/o Comune di Formello
Piazza S. Lorenzo, 8
00060 Formello RM

TELEFONI

06 90194606-607-608
Fax 06 9089577

E-MAIL

presidente@consorziovalledeltevere.it
direttore@consorziovalledeltevere.it
amministrazione@consorziovalledeltevere.it
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it
info@pec.consorziovalledeltevere.it

ALL. D

(da compilare a cura dell'Assistente sociale territorialmente competente a seguito dell'eventuale inserimento in graduatoria dell'utente)

PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALIZZATO E BUDGET DI SALUTE

Art. 9 della L.R. 11 del 2016

Il Progetto individuale è costruito sulla base degli esiti della valutazione multidimensionale della persona con disabilità grave realizzata in raccordo tra l'équipe pluriprofessionale dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale UVMD e gli operatori degli Ambiti territoriali/Comuni.

Il progetto individualizzato di prevede:

- 1. Obiettivo:** Intervento finalizzato allo sviluppo delle autonomie personali, tenendo conto dei base dei bisogni dell'utente, al fine di promuoverne l'autonomia e l'inclusione sociale attiva; favorire, inoltre, partecipazione ad attività socializzanti, sostegno nelle relazioni familiari ed extra-familiari, accompagnamento socio-educativo.

➤ **SITUAZIONE AL MOMENTO DELLA VALUTAZIONE**

➤ **Composizione del nucleo familiare d'origine:**

Nominativo	Grado di parentela	Residenza

➤ **Diagnosi:**

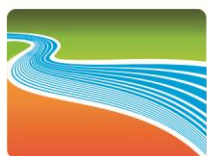
➤ **Interventi sanitari, sociosanitari e sociali attivi**

- ☐ ADI Comunale (ore settimanali n°.....) ☐ L. 20 19/20 (ore settimanali n°.....)
- ☐ Assistente Familiare/Badante Privato ☐ CENTRO DIURNO
- ☐ Disabilità GRAVISSIMA:

☐ Assegno di cura (ore settimanali n°)

☐ Contributo di Cura

☐ Altri contributi consortili:



**VALLE del
TEVERE**

CONSORZIO
INTERCOMUNALE
DEI SERVIZI E
INTERVENTI SOCIALI

CODICE FISCALE

97874100585

COMUNI DI

Campagnano di Roma
Capena
Castelnuovo di Porto
Civitella San Paolo
Fiano Romano
Filacciano
Formello
Magliano Romano
Mazzano Romano
Morlupo
Nazzano
Ponzano Romano
Riano
Rignano Flaminio
Sacrofano
Sant'Oreste
Torrita Tiberina

SEDE LEGALE

c/o Comune di Formello
Piazza S. Lorenzo, 8
00060 Formello RM

TELEFONI

06 90194606-607-608
Fax 06 9089577

E-MAIL

presidente@consorziovalledeltevere.it
direttore@consorziovalledeltevere.it
amministrazione@consorziovalledeltevere.it
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it
info@pec.consorziovalledeltevere.it

➤ **Quali figure professionali seguono l'utente?**

➤ **Autonomie personali**

➤ **Aspettative Personali e della famiglia**

➤ **Sintesi bisogni rilevati**

➤ **Obiettivi Del Progetto Individualizzato**

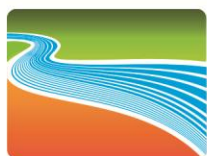
➤ **Interventi da attivare e tempistiche:**

L'intervento avrà la durata di 12 mesi dal momento della sottoscrizione del contratto, sia esso in forma privata che attraverso Enti di Terzo Settore.

➤ **Figura professionale assegnata per l'intervento:**

- ☐ Educatore professionale socio-pedagogico
☐ Educatore professionale socio- sanitario

➤ **Eventuali note aggiuntive:**



**VALLE del
TEVERE**

CONSORZIO
INTERCOMUNALE
DEI SERVIZI E
INTERVENTI SOCIALI

➤ **Budget Di Salute**

Risorse economiche a disposizione dell'utente	Importo mensile	Importo annuale
Pensione d'invalidità		
Indennità di accompagnamento/ Indennità di frequenza		
Risorse economiche previste per l'intervento	€ 500,00	€ 6.000,00
TOTALE		

Data attivazione interventi ____/____/____

CODICE FISCALE

97874100585

COMUNI DI

Campagnano di Roma
Capena
Castelnuovo di Porto
Civitella San Paolo
Fiano Romano
Filacciano
Formello
Magliano Romano
Mazzano Romano
Morlupo
Nazzano
Ponzano Romano
Riano
Rignano Flaminio
Sacrofano
Sant'Oreste
Torrita Tiberina

Firma Persona disabile_____

oppure tutore/curatore/amministratore di sostegno/familiare

Firma Assistente Sociale - Case Manager

Le parti sottoscrivendo il presente progetto si impegnano a tener fede agli impegni in esso dichiarati.

Luogo e data _____

SEDE LEGALE

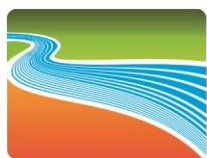
c/o Comune di Formello
Piazza S. Lorenzo, 8
00060 Formello RM

TELEFONI

06 90194606-607-608
Fax 06 9089577

E-MAIL

presidente@consorziovalledeltevere.it
direttore@consorziovalledeltevere.it
amministrazione@consorziovalledeltevere.it
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it
info@pec.consorziovalledeltevere.it



**VALLE del
TEVERE**

CONSORZIO
INTERCOMUNALE
DEI SERVIZI E
INTERVENTI SOCIALI

All.E

(da presentare all'Ufficio di Piano con cadenza bimestrale)

Ufficio di Piano del
Consorzio "Valle del Tevere"
Piazza San Lorenzo, 8
00060 Formello (Rm)
amministrazione@consorziovalledeltevere.it

Oggetto: Finanziamenti per progetti personalizzati di promozione delle autonomie in favore di minori, giovani e giovani adulti con disabilità – Piani per le autonomie.

Il/La sottoscritto/ain

qualità di beneficiario/tutore/genitore di

richiede l'anticipo delle spese da sostenere per gli interventi di assistenza indiretta
relativi al bimestre di cui si rendiconta

quanto segue:

mese	Fattura n. del..	Busta paga a favore di	Ore effettuate	Spesa €

A tal fine si allega quanto indicato nelle modalità di liquidazione del finanziamento descritte nell'Avviso pubblico.

Distinti saluti.

Luogo e data.....

Il richiedente

.....

SEDE LEGALE

c/o Comune di Formello
Piazza S. Lorenzo, 8
00060 Formello RM

TELEFONI

06 90194606-607-608
Fax 06 9089577

E-MAIL

presidente@consorziovalledeltevere.it
direttore@consorziovalledeltevere.it
amministrazione@consorziovalledeltevere.it
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it
info@pec.consorziovalledeltevere.it

All. F

N.B.: LA PRESENTE SCHEDA SARA' REDATTA ESCLUSIVAMENTE DALL'U.V.M.D. IN SEDE DI VALUTAZIONE DELLE DOMANDE

Criteri di valutazione

	TABELLA CRITERI DI VALUTAZIONE – L.R. 20/06	PUNTI	Punteggio massimo	TOTALE
1)	Situazione sanitaria (pt. Max 40) <u>Grado di dipendenza:</u> dipendenza minima 40 ; dipendenza lieve 30 ; dipendenza moderata 24 ; dipendenza severa 18 ; dipendenza totale 12 .		40	
2)	Situazione sociale (pt. Max 50): condizione familiare e situazione socio-relazionale del nucleo familiare della persona con disabilità:			
2.1)	<u>Composizione del nucleo familiare :</u> vive solo 10 ; nucleo di due persone 6 ; nucleo di tre persone 4 ; nucleo di quattro persone 2 ; nucleo di cinque persone 1 ; nucleo di sei persone e oltre 0 .	10	50	
2.2)	<u>Situazione familiare della persona con disabilità:</u> presenza di altre persone con disabilità 10 ; presenza di genitori anziani (ultrasettantenni) e/o minori 6 ; altri parenti anziani e/o minori conviventi 3 ; assenza di persone con disabilità, di anziani e/o di minori 0 .	10		
2.3)	<u>Situazione lavorativa del nucleo familiare:</u> nessun componente svolge attività lavorativa 2 ; almeno un componente svolge attività lavorativa 5 ; più di un componente svolge attività lavorativa 10 .	10		
2.4)	<u>Attività e/o prestazioni socio-sanitarie godute dalla persona con disabilità:</u> non seguito da nessun servizio 15 ; già seguito da servizi sociali territoriali 2 ; già seguito da servizi del Piano Sociale di zona 2 ; già seguito da altri servizi socio-sanitari 2 .	15		
2.5)	<u>Certificazione ai sensi della L.104/92:</u> se in possesso 5 ; se NON in possesso 0 .	5		
3)	Condizione economica ISEE socio-sanitario (max. 10)			
	€ 0.00 - € 9.000,00	10		
	€ 9.000,01 - € 12.000,00	6		
	€ 12.000,01 - € 18.000,00	4		
	oltre € 18.000,01	0		
	TOTALE PUNTI		100	