



CITTÀ DI CATANZARO

SETTORE POLITICHE SOCIALI

Via Fontana Vecchia, 50 - Tel. 0961881541
PEC: sett.politichesociali@certificata.comune.catanzaro.it

AI COMUNI DELL'AMBITO

OGGETTO: Avviso pubblico "Fondo per le Non Autosufficienze per i servizi a favore di persone non autosufficienti in condizione di Anzianità e Disabilità- CUP D99J21003460003 CHIARIMENTI E TRASMISSIONE PROROGA TERMINI

Al fine di facilitare la presentazione, da parte dei potenziali beneficiari residenti nell'Ambito Territoriale di Catanzaro, delle istanze per la fruizione dei servizi oggetto dell'Avviso Pubblico sopra estremizzato e nell'ottica di una proficua collaborazione tra Comune Ente Capofila e Comuni dell'Ambito, l'Art. 6 del medesimo bando prevede che **"I soggetti interessati possono presentare richiesta:**

- presso il protocollo generale dei Comuni di residenza appartenenti all'Ambito Territoriale di Catanzaro (Albi - Amato - Andali - Belcastro - Borgia - Botricello - Caraffa - Catanzaro - Cerva - Cicala - Cropani - Fossato Serralta - Gimigliano - Magisano - Marcedusa - Marcellinara - Miglierina - Pentone - Petronà - San Pietro Apostolo - San Floro - Sellia - Sellia Marina - Sersale - Settingiano - Simeri Crichi - Sorbo San Basile - Soveria Simeri - Taverna - Tiriolo - Zagarise);
- spedita al proprio Comune di residenza con raccomandata con avviso di ricevimento, farà fede la data di protocollazione della domanda;
- a mezzo Posta Elettronica Certificata (PEC) agli indirizzi reperibili presso la sezione Amministrazione Trasparente presente sui siti istituzionali dei Comuni di residenza".

Altresì, si specifica, per come indicato nel medesimo Art. 6, che il Comune di Residenza del potenziale beneficiario **"Entro 7 giorni dalla scadenza"** deve **"trasmettere le istanze pervenute al Comune Capofila all'indirizzo pec: sett.politichesociali@certificata.comune.catanzaro.it"**, ricordando che **"In caso di ritardi nella trasmissione delle istanze da parte dei Comuni, il Comune Capofila non si assumerà la responsabilità di eventuali esclusioni. L'Amministrazione non assume responsabilità per la dispersione di comunicazione, dipendenti da inesatta indicazione del recapito da parte del richiedente oppure dalla mancata o tardiva comunicazione del cambiamento di indirizzo indicato nella domanda, né per eventuali disguidi postali o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore"**.

Si invitano, pertanto, i Comuni dell'Ambito a voler recepire le istanze degli utenti residenti, secondo le modalità indicate all'interno dell'Avviso Pubblico, corredandole delle schede punteggio e schede per la relazione sociale -presenti in allegato - da redigere a cura dell'Assistente Sociale o, in mancanza, dell'impiegato comunale preposto e provvedendo, successivamente alla trasmissione delle stesse al Comune Capo Ambito, PEC sett.politichesociali@certificata.comune.catanzaro.it entro 7 giorni dalla scadenza di presentazione delle istanze da parte dei potenziali fruitori, fissata per il giorno **23.12.2021**.

Ringraziando anticipatamente per la cortese collaborazione, si porgono
Distinti Saluti

La RdP
D.ssa Gabriella Melina



D. S. R. DI N. 5
Il Dirigente di Settore
Avv. Savino Molica

SCHEDA DI RILEVAZIONE DEI BISOGNI
Servizio: Assistenza Domiciliare

Comune _____

Data Compilazione: _____ Firma Compilatore: _____

DATI ANAGRAFICI DELL' UTENTE

Nome _____ Cognome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

C.F. _____

Residenza _____ Via _____ N. _____

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

Recapito telefonico _____ Altro Recapito _____

Email _____

Sesso: M F Stato civile: coniugato celibe/nubile separato/divorziato vedovo

ISEE _____ Fonte di Reddito _____ importo mensile € _____

ISTRUZIONE E LAVORO

Attualmente frequenta:

- Scuola dell'Infanzia Scuola Primaria Scuola secondaria di 1° grado
 Scuola secondaria di 2° grado Università altro _____

Anno scolastico _____

Titolo di studio conseguito: _____

- Nessun titolo Licenza elementare Diploma scuola secondaria di 1° grado
 Diploma scuola secondaria di 2° grado Laurea

Qualifica professionale: _____

Attualmente svolge un lavoro? Si No

Se sì, quale attività svolge? _____

Se no, in passato ha svolto un'attività lavorativa? Quale? _____

CONTESTO FAMILIARE E ABITATIVO:

Componenti del nucleo familiare :

Nominativo	Relazione con l'Utente	Età	Professione

Altre persone che convivono nell'abitazione: _____

Abitazione:

Dislocazione abitazione sul territorio	Servita (mezzi pubblici, servizi vari)	Poco servita	Isolata
Condizione igieniche apparenti	sufficienti (buona igiene dell'abitazione)	Mediocri (inadeguata pulizia dell'abitazione)	Insufficienti (abitazione antigienica, intervento tempestivo di pulizia)
Barriere architettoniche	Solo esterne	Solo interne	interne ed esterne
Condizioni dell'abitazione	Sufficienti (presenza di riscaldamenti adeguati, servizi idonei, ecc)	Mediocri (riscaldamenti malfunzionanti o inadeguati, umidità, ecc.)	Insufficienti (riscaldamenti inesistenti, servizi all'esterno dell'abitazione, assenze)

Presenza di altri familiari con disabilità all'interno dell'abitazione: Si No

Se sì, descrivere il tipo di disabilità _____

Abitazione: di proprietà in affitto Piano: _____ Ascensore: Si No

Presenza in casa di barriere architettoniche: Si No

Se sì, descrivere il tipo di barriere _____

Abitazione idonea (alloggio in normali condizioni di abitabilità e igienicamente idoneo) Si No

Se no, descrivere le condizioni dell'abitazione _____

Disponibilità del trasporto familiare: Si No

Possibilità di utilizzo autonomo di un mezzo di trasporto: Si No

Possibilità di utilizzo del trasporto pubblico in maniera autonoma: Si No

Possibilità di utilizzo del trasporto pubblico con l'aiuto di una persona: Sì No

Attualmente è assistito da:

- Un solo familiare Più familiari Interventi di volontari
 Operatori rimborsati dalla famiglia Rete amicale/vicinato Nessuno

Frequenta un centro diurno o struttura di riabilitazione? Sì No

Se SÌ, indicare la struttura e in quali fasce orarie è impegnato. _____

Caregiver (familiare/parente/amico/badante) di riferimento:

Nome _____ Cognome _____

Recapito telefonico _____ Grado di parentela _____

Altro soggetto di riferimento:

Nome _____ Cognome _____

Recapito telefonico _____ Ruolo _____

Medico curante:

Nome _____ Cognome _____

Indirizzo _____ Recapito telefonico _____

CONDIZIONE MEDICA GENERALE

Diagnosi medica: _____

Assume Farmaci? SÌ NO

Se "SÌ", indicare tempi e posologia di assunzione:

E'allergico/a a farmaci? SÌ NO

Se "SÌ", indicare quali:

Soffre di allergie alimentari? SÌ NO

Se "SÌ", indicare gli alimenti a cui è allergico/a

UTILIZZA AUSILI TECNICI PER LA FUNZIONE:

Cardiaca _____

Respiratoria _____

Renale _____
 Motoria _____
 Comunicativa _____
 Altro _____

AREA SENSORIALE

	Abbastanza bene	bene	poco	per niente	annotazioni
Come sente?					
Come vede?					
Come comunica? (produzione)					
Come comunica? (comprensione)					

AUTONOMIA PERSONALE

MOBILITA'	SI	NO
Soggetto allettato		
Riesce ad alzarsi dal letto?		
Riesce a stare in piedi?		
Utilizza ausili per la mobilità?		

ALIMENTAZIONE	SI	NO
Riesce a preparare i pasti da solo?		
Riesce ad assumere i pasti da solo?		

ATTIVITA' GENERALI

	da solo	da solo ma con difficoltà	con l'aiuto di un'altra persona
Come gestisce la cura e la pulizia dell'ambiente domestico?			
Assume le medicine senza aiuto			
Come riesce a vestirsi/svestirsi ?			
Uso e gestione del denaro			

IGIENE PERSONALE

	da solo	da solo ma con difficoltà	con l'aiuto di un'altra persona
Come gestisce la pulizia personale?			
	<u>SI</u>	<u>NO</u>	
Utilizzo del pannolone per incontinenza urinaria			
Utilizzo del pannolone per incontinenza urinaria ed anale			

AREA SOCIALE

SOCIALIZZAZIONE		SI	NO
Riesce ad uscire di casa da solo?			
Se no, chi lo accompagna abitualmente? coniuge <input type="checkbox"/> altro parente <input type="checkbox"/> amico/a <input type="checkbox"/> altro (specificare) _____			
Cosa le piace fare di più? (scegliere <u>una sola</u> risposta tra quelle proposte) leggere <input type="checkbox"/> guardare la TV <input type="checkbox"/> giocare a carte <input type="checkbox"/> ascoltare la musica <input type="checkbox"/> altro (specificare) _____			
Quando esce, di solito frequenta (si possono segnare più risposte): amici <input type="checkbox"/> luoghi di svago (cinema, ristoranti, etc.) <input type="checkbox"/> luoghi di riabilitazione psico-motoria (palestre, piscine, centri di salute mentale, etc.) <input type="checkbox"/> altri luoghi (specificare) _____			

PROVVIDENZE ECONOMICHE ED ACCERTAMENTI INVALIDITA':

Il richiedente è titolare di indennità di accompagnamento? Si No In attesa

Il richiedente è titolare di pensione di invalidità? Si No

Il richiedente è in possesso di riconoscimento di invalidità: Si (____%) No

Se si, inserire una X sul tipo di invalidità:

CATEGORIE	DISABILITÀ MEDIA	DISABILITÀ GRAVE	DISABILITÀ GRAVISSIMA
INVALIDI CIVILI DI ETÀ COMPRESA TRA 18 E 65 ANNI	Invalidi 67 <input type="checkbox"/> 99% (D.Lgs.509/88)	Inabili totali (L. 118/71, artt. 2 e 12)	Cittadini di età compresa tra 18 e 64 anni con diritto all'indennità di accompagnamento (L. 508/88, art. 1, comma 2, lettera b)
INVALIDI CIVILI MINORI DI ETÀ	Minori di età con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni propri della loro età (L. 118/71, art. 2 - diritto all'indennità di frequenza)	Minori di età con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età e in cui ricorrono le condizioni di cui alla L.449/1997, art. 8 o della L.388/2000, art. 30	Minori di età con diritto all'indennità di accompagnamento (L. 508/88, art. 1)
CIECHI CIVILI	Art 4, L.138/2001	Ciechi civili parziali (L.382/70 - L. 508/88 - L.138/2001)	Ciechi civili assoluti (L. 382/70 - L. 508/88 - L. 138/2001)
SORDI CIVILI	Invalidi Civili con cofosi esclusi dalla fornitura protesica (DM 27/8/1999, n. 332)	Sordi pre-linguali, di cui all'art. 50 L. 342/2000	
INPS	Invalidi (L. 222/84, artt. 1 e 6 - D.Lgs. 503/92, art. 1, comma 8)	Inabili (L. 222/84, artt. 2, 6 e 8)	Inabili con diritto all'assegno per l'assistenza personale e continuativa (L. 222/84, art. 5)

INAIL	-Invalidi sul lavoro 50 – 79% (DPR 1124/65; art. 66) - Invalidi sul lavoro 35□ 59 % (D.Lgs. 38/2000, art.13 – DM 12/7/2000 - L. 296/2006, art 1, comma 782)	-Invalidi sul lavoro 80-100% (DPR 1124/65,art. 66) -Invalidi sul lavoro >59% (D.Lgs 38/2000, art. 13 – DM 12/7/2000 - L. 296/2006, art 1, comma 782)	-Invalidi sul lavoro con diritto all'assegno per l'assistenza personale e continuativa (DPR 1124/65 – art. 66) - Invalidi sul lavoro con menomazioni dell'integrità psicofisica di cui alla L.296/2006, art 1, comma 782, punto 4
INPS GESTIONE EX INPDAP	Inabili alle mansioni (L. 379/55, DPR 73/92 e DPR 171/2011)	Inabili (L. 274/1991, art. 13 - L. 335/95, art. 2)	
TRATTAMENTI DI PRIVILEGIO ORDINARI E DIGUERRA	Invalidi con minorazioni globalmente ascritte alla terza ed alla seconda categoria Tab. DPR 834/81 (71□80%)	Invalidi con minorazioni globalmente ascritte alla prima categoria Tab. A DPR 834/81 (81□100%)	Invalidi con diritto all'assegno di superinvalidità (Tabella E allegata al DPR 834/81)
HANDICAP	Art 3, comma 1, L.104/92	Art 3, comma 3, L.104/92	

Osservazioni a cura dell'Assistente Sociale (o referente comunale)

(Utente o chi ne fa le veci)

L'ASSISTENTE SOCIALE (O REFERENTE COMUNALE)

Il Sottoscritto _____ autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679)

(Utente o chi ne fa le veci – Nome e Cognome in stampatello)

(Firma)

Comune _____

SCHEDA ASSEGNAZIONE PUNTEGGI ANZIANI +65

Sig. _____ COGNOME _____ NOME _____

CF _____ NATO A _____ IL _____

RESIDENTE _____ VIA _____

EMAIL _____

TEL _____ ALTRO RECAPITO _____

	DA	A	PUNTI	PUNTEGGIO ASSEGNATO
ETA'	65	70	4	
	71	79	8	
	80	SU	10	

		PUNTI	PUNTEGGIO ASSEGNATO
SITUAZIONE FAMILIARE	Persona che vive sola	10	
	persona che vive con coniuge/convivente e/o figli o altri familiari non autosufficienti:	9	
	persona che vive sola con figli residenti fuori Comune	8	
	persona che vive sola con figli residenti nel Comune	7	
	persona che vive con coniuge/convivente e/o con figli o altri familiari autosufficienti:	6	

		PUNTI	PUNTEGGIO ASSEGNATO
SITUAZIONE			
	non superiore ad € 9.360,00	10	





CITTÀ DI CATANZARO

SETTORE POLITICHE SOCIALI

Via Fontana Vecchia, 50 - Tel. 0961881508/18/41
PEC: sett.politichesociali@certificata.comune.catanzaro.it

ECONOMICA (ISEE) DEL NUCLEO FAMILIARE	da € 9.361 a € 10.500,00	8	
	da € 10.501,00 a € 15.500,00	6	
	da € 15.501,00 a € 18.000,00	4	
	da € 18.001,00 a 25.000,00	2	
	oltre € 25.000,00:	0	

STATO DI SALUTE		PUNTI	PUNTEGGIO ASSEGNATO
STATO DI SALUTE	Persona portatore di handicap in situazione di gravità (art. 3, co. 3 legge 104/92	10	
	Persona invalida al 100% o in attesa del riconoscimento di cui alla legge n. 104/92	8	
	persona portatore di handicap (art. 3, co. 1 legge 104/92):	6	

TOT.

L'ASSISTENTE SOCIALE (o Referente Comunale)



Comune _____

SCHEDA ASSEGNAZIONE PUNTEGGI DISABILI 0-64

Sig. _____ COGNOME _____ NOME _____

CF _____ NATO A _____ IL _____

RESIDENTE _____ VIA _____

EMAIL _____

TEL _____ ALTRO RECAPITO _____

GENITORI _____

TUTORE O CHI NE FA LE VECI _____

		PUNTI	PUNTEGGIO ASSEGNATO
SITUAZIONE FAMILIARE	Persona disabile che vive da sola o con coniuge entrambi disabili, senza figli o altri parenti conviventi:	10	
	Persona disabile sola con minori a carico	10	
	Persona disabile che vive sola con figli residenti fuori Comune	9	
	Persona disabile con coniuge/convivente e senza figli	8	
	Persona disabile con minori a carico con coniuge e/o conviventi	8	
	Persona disabile con coniuge e con figli fuori Comune	7	
	Persona disabile che vive sola e con figli nel Comune	6	
	Persona disabile con coniuge con figli residenti nel Comune	5	



	Persona e/o coppia disabile coabitante con figli e/o parenti autosufficienti	4	
MINORE	disabile che vive con un solo genitore/tutore	10	
	disabile il cui nucleo familiare presenta 2 o più minori	9	
	disabile che vive con entrambi i genitori/tutore	8	

SITUAZIONE ECONOMICA (ISEE) DEL NUCLEO FAMILIARE		PUNTI	PUNTEGGIO ASSEGNATO
		non superiore ad € 9.360,00	10
	da € 9.361 a € 10.500,00	8	
	da € 10.501,00 a € 15.500,00	6	
	da € 15.501,00 a € 18.000,00	4	
	da € 18.001,00 a 20.000,00	2	
	oltre € 25.000,00:	0	

STATO DI SALUTE		PUNTI	PUNTEGGIO ASSEGNATO
		Persona portatore di handicap in situazione di gravità (art. 3, co. 3 legge 104/92)	10
	Persona invalida al 100% o in attesa del riconoscimento di cui alla legge n. 104/92	8	
	persona portatore di handicap (art. 3, co. 1 legge 104/92):	6	

TOT _____

L'ASSISTENTE SOCIALE (o Referente Comunale)

