



**Direzione Centrale X  
Politiche Sociali e Educative  
Servizio Politiche di Inclusione Sociale**

**SCHEMA DI RILEVAZIONE DEL BISOGNO  
TRASPORTO SOCIALE**

## SCHEDA DI RILEVAZIONE DEL BISOGNO

DATI ANAGRAFICI BENEFICIARIO			
Nome e Cognome			
Luogo di nascita			Sesso: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Data di nascita	Codice Fiscale		
Residente in via			Num. Civico
Tel.		Città	
Municipalità	Circoscrizione		
Cap	ASL	Distretto sanitario	

DATI NUCLEO FAMILIARE							
Id	Cognome	Nome	Luogo/Data di nascita	Relazione di parentela <sup>1</sup>	Stato civile	Titolo di studio <sup>2</sup>	Condizione occupazionale <sup>3</sup>
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
<b>Notizie sul nucleo familiare</b>		<input type="checkbox"/> Presenza di ulteriori disabili <input type="checkbox"/> Presenza di anziani non autosufficienti					

<sup>1</sup> La relazione di parentela è da intendersi rispetto al minore.

<sup>2</sup> Indicare il numero rispetto al titolo di studio posseduto: 1 Nessun titolo; 2 Licenza elementare; 3 Licenza media inferiore; 4 Diploma professionale; 5 Diploma superiore; 6 Laurea; 7 Altro.

<sup>3</sup> Indicare il numero rispetto alla tipologia di occupazione: 1 Studente; 2 Casalinga; 3 Pensionato; 4 Senza alcun lavoro; 5 Lavoro Regolare; 6 Lavoro al nero saltuario; 7 Lavoro al nero continuativo.

<b>Fruizione di servizi comunali</b>	<input type="checkbox"/> Accudienza Materiale Scolastica <input type="checkbox"/> Assistenza Indiretta <input type="checkbox"/> Assistenza Domiciliare Integrata <input type="checkbox"/> Telesoccorso <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	
<b>DATI SANITARI BENEFICIARIO</b>		
<b>Patologia</b>	_____ _____ _____ _____ _____	
<b>Disabilità</b>	<b><u>PSICHICHE</u></b> <input type="checkbox"/> mentali <input type="checkbox"/> intellettiva  <b><u>SENSORIALI</u></b> <input type="checkbox"/> linguaggio <input type="checkbox"/> udito <input type="checkbox"/> vista	<b><u>FISICHE</u></b> <input type="checkbox"/> perdita anatomica arti <input type="checkbox"/> limitazione funzionale movimenti articolari <input type="checkbox"/> neurologiche <input type="checkbox"/> respiratorie <input type="checkbox"/> cardio-circolatorie <input type="checkbox"/> gastro-intestinali <input type="checkbox"/> metaboliche
<b>Tipologia di ausili</b>	<input type="checkbox"/> Ausili per respirazione <input type="checkbox"/> Busto ortopedico <input type="checkbox"/> Altro _____	
<b>Certificazione ASL</b>	<b>Legge 104/92:</b> <input type="checkbox"/> [A] Non si riconosce la condizione di portatore ai sensi della L. 104/92 <input type="checkbox"/> [B] Si riconosce la condizione di portatore di handicap non superiore ai 2/3 ai sensi della L. 104/92 <input type="checkbox"/> [C] Si riconosce la condizione di portatore di handicap superiore a 2/3 ai sensi della L. 104/92 <input type="checkbox"/> [D] Si riconosce la condizione di handicap in situazione di gravità con necessità di assistenza continuativa globale e permanente ai sensi della L. 104/92  <b>Invalidità civile Legge 118/71:</b> <input type="checkbox"/> [01] Non invalido (inferiore ad 1/3 o minore deambulante) <input type="checkbox"/> [02] Invalido superiore ad 1/3 _____ % <input type="checkbox"/> [03] Invalido superiore ai 2/3 _____ % <input type="checkbox"/> [04] Invalido con totale e permanente inabilità lavorativa 100% <input type="checkbox"/> [05] Invalido con totale e permanente inabilità lavorativa 100% con impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di accompagnatore <input type="checkbox"/> [06] Invalido con totale e permanente inabilità lavorativa 100% e con necessità di assistenza continua <input type="checkbox"/> [07] Minore non deambulante: con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della sua età <input type="checkbox"/> [08] Cieco con residuo visivo non superiore ad 1/21 in entrambi gli occhi con eventuale correzione (O.S. _____ O.D. _____) <input type="checkbox"/> [09] Cieco assoluto <input type="checkbox"/> [10] Sordomuto	

<b>Farmaci</b>	Presenza di crisi convulsive	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
	Eventuali somministrazioni di emergenza (antiepilettici ecc.)	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
	se si specificare quali _____ _____		

### DATI ABILITÀ BENEFICIARIO

#### MOBILITÀ

<b>Deambulazione</b>	<input type="checkbox"/> Deambula autonomamente
	<input type="checkbox"/> Deambula con ausili (stampelle, deambulatore, ecc.) senza assistenza
	<input type="checkbox"/> Deambula con ausili (stampelle, deambulatore, ecc.) con assistenza
	<input type="checkbox"/> Si sposta in carrozzina da solo
	<input type="checkbox"/> Si sposta in carrozzina con assistenza
<b>Per chi utilizza la carrozzina</b>	<input type="checkbox"/> è in grado di scendere e salire dalla carrozzina e viaggiare sul sedile dell'automezzo
	<input type="checkbox"/> ha necessità di trasporto in carrozzina con automezzo dotato di pedana
	<input type="checkbox"/> altro _____

### DATI SCUOLA

Denominazione scuola			
Indirizzo sede centrale			Tel.
Plesso frequentato (da indicare solo se diverso dalla sede centrale)			
Indirizzo			
Municipalità		Circoscrizione	
Classe		Sezione	
<b>Orario alunno</b>		Orario entrata	Orario uscita
	Lunedì		
	Martedì		
	Mercoledì		
	Giovedì		
	Venerdì		
	Sabato		

### DATI CENTRO RIABILITAZIONE

Denominazione centro di riabilitazione			
Indirizzo sede centrale			Tel.
Municipalità		Circoscrizione	
		Orario entrata	Orario uscita

<b>Orario</b>	Lunedì		
	Martedì		
	Mercoledì		
	Giovedì		
	Venerdì		
	Sabato		

<b>Gli orari possono subire variazioni</b>  _____	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
---	---

<b>Segnalazione di esigenze particolari</b>  _____
--

<b>Nucleo familiare in possesso di un'auto propria</b>	<input type="checkbox"/> sì (se si specificare la richiesta di attivazione del servizio) _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> no
--	--

<b>Valore I.S.E.E.</b>	
------------------------	--

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ dichiaro di essere stato informato ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 sulla tutela dei dati personali, che i propri dati personali forniti all'atto della compilazione della presente richiesta saranno trattati in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili, con modalità automatiche, anche mediante sistemi informatizzati; di acconsentire con la presente dichiarazione al trattamento dei propri dati personali, svolto con le modalità e per le finalità sopraindicate, ed in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili e di essere a conoscenza del fatto di poter esercitare i diritti previsti dall'art. 7 della legge 196/2003, tra i quali il diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati nonché la loro cancellazione, mediante comunicazione scritta da inoltrarsi al titolare del trattamento dei dati personali ai sensi e per gli effetti della stessa legge.

La presente richiesta è presentata sotto la propria personale responsabilità secondo le disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 ed all'art. 3 (qualora cittadino straniero UE o extra UE) del T.U. della normativa sulla documentazione amministrativa di cui al D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni previste all'art. 76 e della decadenza dei benefici previsti all'art. 75 del medesimo T.U. in caso di dichiarazioni false o mendaci.

Dichiara, altresì, di aver preso visione del regolamento e dell'Avviso Pubblico.

#### Si allega alla presente:

- Decreto di invalidità rilasciato dalla competente Commissione medica ai sensi della legge 118 del 1971;
- Certificazione medica rilasciata ai sensi della legge 104 del 1992 comprovante la disabilità;
- Dichiarazione I.S.E.E.;
- Certificazione medica del MMG/PDLS o medico specialista attestante la ridotta o assente capacità motoria;
- Dichiarazione del richiedente con la quale si declina l'Amministrazione Comunale e l'Ente gestore del servizio da ogni responsabilità per eventi che dovessero verificarsi durante il tragitto.

**Il Richiedente**

\_\_\_\_\_