DISTRETTO SOCIO SANITARIO VT2

Comune Capofila Tarquinia

Comuni di Montalto di Castro, Tuscania, Canino, Monte Romano, Cellere, Piansano, Arlena di Castro e Tessennano

AVVISO PUBBLICO
SOSTEGNO ALLE FAMIGLIE CON MINORI IN ETA' EVOLUTIVA PRESCOLARE NELLO SPETTRO AUTISTICO, AI SENSI DEL REGOLAMENTO REGIONALE 15 GENNAIO 2019, n.1

SI RENDE NOTO

che **entro il 30 Maggio 2019** le famiglie con minori in età evolutiva prescolare fino e non oltre il compimento del sesto anno di età, con disturbo dello spettro autistico, possono presentare ai Servizi Sociali del Comune di residenza la domanda allegata al fine di ottenere un sostegno economico inteso come contributo alle spese per i trattamenti, con evidenza scientifica riconosciuta, erogati da professionisti iscritti all'Albo di cui all'art. 3 del Regolamento Regionale n. 1 del 15 Gennaio 2019, allegato al presente avviso.
Il contributo in oggetto si integra al Piano di Assistenza Individualizzata del minore redatto dal sistema integrato di interventi e servizi sociali e sanitari del territorio.

Entro il 31 Luglio 2019 sulla base delle indicazioni fornite dalle unità valutative, ed entro i limiti del fondo assegnato, l'Ufficio di Piano Distrettuale predispone il provvedimento relativo all'elenco delle famiglie beneficiarie per l'anno 2019.

In considerazione dello stanziamento regionale disponibile, il sostegno economico assume la forma di contributo alla spesa sostenuta dalla famiglia, e viene concesso secondo criteri delineati dal presente regolamento, comunque entro il tetto di spesa ammissibile massimo per utente pari a 5.000 €/annui. Il tetto massimo è erogato con priorità ai nuclei familiari con un numero di figli nello spettro autistico superiori a 1 e con un ISEE inferiore o pari ad € 8.000.

L'entità del sostegno viene valutata considerando le risorse e servizi già attivi a favore della persona o comunque attivabili nella rete sociosanitaria (ivi compresi i centri di riabilitazione territoriali accreditati), e in considerazione delle caratteristiche socioeconomiche del nucleo familiare che presenta la richiesta (secondo le modalità previste dal DPCM 5 dicembre 2013, n. 159 "Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'Indicatore della situazione economica equivalente - ISEE").

Le famiglie destinatarie dell'intervento entro il 31 Gennaio 2020 devono presentare al Comune di Tarquinia Capofila del Distretto VT2, la dichiarazione delle spese effettuate compilando il modello allegato al presente avviso "*Dichiarazione delle spese sostenute ai fini del sostegno economico per le famiglie con minori in età evolutiva prescolare con disturbo dello spettro autistico*".

Si allegano al presente avviso:

- modello A "Domanda di sostegno economico per famiglie con minori in età evolutiva prescolare nello spettro autistico";
- modello C "Dichiarazione delle spese sostenute ai fini del sostegno economico per le famiglie con minori in età evoltiva prescolare con disturbi dello spettro autistico";
- Regolamento Regionale 15 gennaio 2019, n. 1;
- Determinazione Regionale G03047 del 18 Marzo 2019 Approvazione del documento 2 modalità attuative della misura di sostegno alte famiglie con minori in età evolutiva prescolare nello spettro autistico, ai sensi del regolamento Regionale 15 Gennaio 2019.

C_C816 - - 1 - 2019-04-09 - 0012892

Per ogni ulteriore informazione i cittadini possono rivolgersi al Servizio Sociale Professionale del Comune di residenza e ai servizi territoriali ASL di competenza.

Ai sensi del DPR n. 445/00 le dichiarazioni mendaci, la falsità degli atti e l'uso di atti falsi nei casi previsti dalla legge sono puniti ai sensi del codice penale e dalle leggi speciali in materia. I cittadini interessati decadranno, inoltre, dai benefici eventualmente ottenuti (art. 75 DPR 445/2000).
Il trattamento dei dati personali forniti e raccolti sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e tutela della riservatezza, i dati personali forniti sono prescritti dalle disposizioni vigenti e saranno trattati esclusivamente per le finalità di cui al presente procedimento. Il trattamento dei dati potrà essere effettuato con o senza l'ausilio di mezzi elettronici. L'interessato potrà esercitare, in ogni momento, i propri diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi del Regolamento UE 2016/679.

Il Responsabile Settore III
Servizi Sociali Comunali e distrettuali
Dott.ssa Catia Mariani

C_C816 - - 1 - 2019-04-09 - 0012892

REGIONE LAZIO

DISTRETTO SOCIO SANITARIO VT2

Comune Capofila Tarquinia

Comuni di Montalto di Castro, Tuscania, Canino, Monte Romano, Cellere, Piansano, Arlena di Castro e Tessennano

Modello "A"
Domanda di sostegno economico per famiglie
con minori in età evolutiva prescolare con disturbo dello spettro autistico

C_C816 - - 1 - 2019-04-11 - 0013091

DOMANDA DI SOSTEGNO ECONOMICO PER FAMIGLIE CON MINORI IN ETÀ' EVOLUTIVA PRESCOLARE NELLO SPETTRO AUTISTICO

(ai sensi del Regolamento Regionale 15 gennaio 2019 n. 1)

Il/la sottoscritto/a.....

nato/a .....

residente a ..... in via .....

C.F.....

Tel..... Cell ..... email .....

in qualità di genitore/tutore di.....

nato/a .....il.....

residente a ..... in via .....

C.F.....

CHIEDE

- l'erogazione di un contributo regionale per le spese sostenute per gli interventi di cui al Regolamento regionale 15 gennaio 2019 n. 1:

Si allega:

a) Diagnosi di disturbo dello spettro autistico:

b) Documento aggiornato attestante l'indicatore della situazione economica equivalente - ISEE del nucleo famigliare del minore beneficiario;

REGIONE LAZIO

DISTRETTO SOCIO SANITARIO VT2

Comune Capofila Tarquinia

Comuni di Montalto di Castro, Tuscania, Canino, Monte Romano, Cellere, Piansano, Arlena di Castro e Tessennano

Modello "A"
Domanda di sostegno economico per famiglie con minori in età evolutiva prescolare con disturbo dello spettro autistico

C_C816 - - 1 - 2019-04-11 - 0013091

Allo scopo di dare attuazione alla valutazione multidimensionale di cui all'art. 10 del Regolamento Regionale n. 1/2019, comunico di seguito i riferimenti del servizio Tutela Salute Mentale e Riabilitazione dell'Età evolutiva che ha in carico il minore:

TSMREE (ASL, Distretto) .....

Referente.....

Recapiti.....

Autorizzo il trattamento dei dati personali presenti nella domanda e negli allegati, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679) e dichiaro di essere informato che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito di questo procedimento e per le finalità strettamente connesse alle funzioni istituzionali degli enti preposti.

Luogo e Data _____

Firma

_____

Il presente modello debitamente compilalo va consegnato secondo le modalità disposte dall'avviso pubblico n……..del..... emanato dall'Ente capofila di distretto socio-sanitario.

REGIONE LAZIO

DISTRETTO SOCIO SANITARIO VT2

Comune Capofila Tarquinia

Comuni di Montalto di Castro, Tuscania, Canino, Monte Romano, Cellere, Piansano, Arlena di Castro e Tessennano

Modello "C"

DICHIARAZIONE DELLE SPSE SOSTENUTE

C_C816 - - 1 - 2019-04-11 - 0013091

DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE AI FINI DEL SOSTEGNO ECONOMICO PER LE FAMIGLIE CON MINORI IN ETÀ EVOLUTIVA PRESCOLARE NELLO SPETTRO AUTISTICO

(ai sensi del Regolamento Regionale 15 gennaio 2019, n. 1)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO
(ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/la sottoscritto/a .....

nato/a a ..... il .....

residente a ..... in via..... n. .....

C.F .....

Tel .....Celi.....email: .....

in qualità di genitore/tutore di .....

nato/a ..... il.....

residente a.....invia..... n.....

C.F .....

-vista la mia domanda, con numero identificativo.....ammissibile all'erogazione del sostegno economico con atto n....del..... ;

-vista la valutazione multidimensionale effettuata:

Indicare il nominativo/i del professionista scelto, tra gli iscritti all'Albo regionale di cui all'art. 3 del Regolamento 15 gennaio 2019, n. 1

Nominativo: .....

REGIONE LAZIO

DISTRETTO SOCIO SANITARIO VT2

Comune Capofila Tarquinia

Comuni di Montalto di Castro, Tuscania, Canino, Monte Romano, Cellere, Piansano, Arlena di Castro e Tessennano

Modello "C"

DICHIARAZIONE DELLE SPSE SOSTENUTE

C_C816 - - 1 - 2019-04-11 - 0013091

DICHIARA

consapevole delle sanzioni penali, nel caso dì dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamale dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria personale responsabilità che;

- la documentazione di seguito indicata costituisce prova delle spese sostenute per i programmi psicologici e comportamentali strutturati e gli altri trattamenti con evidenza scientifica riconosciuta concordati in sede di valutazione multidimensionale, ai sensi del Regolamento regionale 1 del 15 gennaio 2010:

1)

- fattura n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____
- fattura n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____
- fattura n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____
- fattura n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____
- fattura n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____
- fattura n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____
- fattura n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____
- fattura n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____
- fattura n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____
- fattura n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____

per un totale di € _____

2) di avere agli atti gli originali o copie conformi della documentazione di spesa sopra elencata, ai fini degli opportune richieste e controlli da parte dell'Ente;

3) di non percepire contributi pubblici per le spese relative ai medesimi interventi

REGIONE LAZIO

DISTRETTO SOCIO SANITARIO VT2

Comune Capofila Tarquinia

Comuni di Montalto di Castro, Tuscania, Canino, Monte Romano, Cellere, Piansano, Arlena di Castro e Tessennano

Modello "C"

DICHIARAZIONE DELLE SPSE SOSTENUTE

MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL CONTRIBUTO

BONIFICO BANCARIO

Intestatario conto:

Istituto bancario			
Indirizzo		Città	
Agenzia n°			
Coordinate Bancarie (Codice			
E' obbligatorio indicare la dicitura completa de l'istituto di credito e compilare tutte le 27 caselle relative al codice IBAN. In caso contrario potrebbe essere compromessa la regolarità e la tempestività del pagamento.			

Autorizzo il trattamento dei dati personali presenti nella domanda, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679) e dichiaro di essere informato che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito di questo procedimento e per le finalità strettamente connesse alle funzioni istituzionali degli enti preposti.

Luogo e Data _____

Firma

_____

Il presente modello debitamente compilato va consegnato secondo le modalità disposte dall'avviso pubblico n.……..del..... Emanato dalL'Ente capofila di distretto socio-sanitario.

C_C816 - - 1 - 2019-04-11 - 0013091