

OGGETTO: DOMANDA DI ACCESSO AL CONTRIBUTO PER L'ACQUISTO DI AUSILI/STRUMENTI TECNOLOGICAMENTE AVANZATI A FAVORE DELLE PERSONE DISABILI O DELLE LORO FAMIGLIE AI SENSI DELLA DGR 5631/2016

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI E DI ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 46 e 47, D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445)

Dati identificativi della persona disabile

Cognome		
Nome		
SESSO	M	F
Data e luogo di nascita		
Codice fiscale		
Comune di residenza		
Via	n.	CAP
Professione <input type="checkbox"/> studente <input type="checkbox"/> dirigente <input type="checkbox"/> Impiegato <input type="checkbox"/> operaio <input type="checkbox"/> pensionato <input type="checkbox"/> disoccupato <input type="checkbox"/> inoccupato <input type="checkbox"/> inabile al lavoro <input type="checkbox"/> altro (specificare).....		
Telefono fisso	Cellulare	
Indirizzo di posta elettronica Eventuale indirizzo PEC		
Documento di identità in corso di validità (carta di identità o documento equipollente ai sensi dell'art. 35 c. 2 del D.P.R. 445/2000)		

Numero _____ rilasciato da _____

Dati identificativi nel caso in cui la domanda non venga presentata direttamente dalla persona disabile

Cognome	
Nome	
In qualità di:	Tutore <input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno <input type="checkbox"/> Familiare : genitore <input type="checkbox"/> figlio <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/>
Data e luogo di nascita	
Codice fiscale	
Comune di residenza	
Via	n.
Telefono fisso	Cellulare
Indirizzo di posta elettronica Eventuale indirizzo PEC	
Documento di identità in corso di validità (carta di identità o documento equipollente ai sensi dell'art. 35 c. 2 del D.P.R. 445/2000)	
Numero _____ rilasciato da _____	

CHIEDE DI POTER BENEFICIARE DEL CONTRIBUTO PER
(barrare **una sola scelta** e compilare laddove richiesto)

Il seguente ausilio/strumento:

- 1. area domotica
- 2. area mobilità

3. area informatica
4. altri ausili, tra cui ausili per non udenti e le protesi acustiche

DICHIARA
(barrare **una sola scelta**)

1a. di possedere un ISEE ordinario o socio-sanitario in corso di validità, o una DSU, rilasciato ai sensi del D.P.C.M. 159/2013 inferiore o uguale a € 20.000,00 ;

1b. di possedere un ISEE ordinario o socio-sanitario in corso di validità, o una DSU, rilasciato ai sensi del D.P.C.M. 159/2013 superiore a € 20.000,00;

DICHIARA
(barrare **una sola scelta** e compilare laddove richiesto)

2a. di non aver mai presentato domanda di contributo per l'acquisto di strumenti tecnologicamente avanzati ai sensi della l.r. 23/99;

2b. di aver ottenuto il contributo per l'acquisto di strumenti tecnologicamente avanzati ai sensi della l.r. 23/99 nell'anno _____ per l'acquisto del seguente strumento/ausilio: _____
attinente alla seguente area di intervento:

1. area domotica
2. area mobilità
3. area informatica
4. altri ausili, tra cui ausili per non udenti e le protesi acustiche

2c. di ripresentare domanda poiché:

- vi è stato un aggravio nelle abilità della persona;
 - è emersa la necessità di sostituire l'ausilio/strumento in quanto non più funzionante;
 - nessuna delle precedenti casistiche.
 - ausilio/strumento di una area diversa rispetto al precedente contributo
-

DICHIARA

4. di essere intestatario o cointestatario del seguente conto sul quale sarà liquidato il contributo richiesto, laddove riconosciuto;

	Numeri di controllo	Cin	ABI	CAB	Numero di conto corrente
IT	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

N.B.: **Se trattasi di conto corrente postale accertarsi che il conto sia abilitato a ricevere bonifici. Non è possibile liquidare il contributo sull'IBAN dei libretti postali.**

5. di essere a conoscenza che, in caso di falsità in atti e/o di dichiarazioni mendaci, si è soggetti alle sanzioni previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia, secondo quanto disposto dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445, nonché alla revoca del beneficio eventualmente conseguito sulla base della dichiarazione non veritiera ai sensi dell'art. 75 del citato D.P.R. n° 445/2000;
6. di essere disponibile ad essere ricontattato dall'ATS per la compilazione di uno specifico questionario per la valutazione di quanto l'ausilio/strumento finanziato abbia effettivamente influito nel modificare la situazione iniziale indesiderata e quindi il raggiungimento/miglioramento della stessa situazione;

A TALE SCOPO ALLEGA (barrare i documenti allegati):

- attestazione ISEE ordinario o socio-sanitario in corso di validità, o la DSU, ai sensi del DPCM 169/2013. Per la presentazione delle domande i cittadini che non dispongono dell'ISEE in corso di validità possono allegare la Dichiarazione Sostitutiva Unica ai sensi del DPCM 159/2016, consegnando l'ISEE in corso di validità entro 30 giorni dalla data di presentazione della domanda. Coloro che non presentano ISEE

- ordinario o socio-sanitario in corso di validità entro i termini previsti sono considerati alla stregua di coloro che hanno ISEE superiore a € 20.000,00.
- fotocopia non autenticata del documento di identità in corso di validità della persona disabile o del richiedente se diverso;
 - prescrizione dell'ausilio/strumento corredata dal progetto individualizzato condiviso con il beneficiario, redatti da parte del medico specialista di branca di competenza (pubblico o privato) come da modello Allegato A;
 - copia del certificato di invalidità o della certificazione di alunno disabile;
 - certificazione del medico specialista per patologie che causano disabilità e non necessariamente accertate tramite verbale di invalidità o la certificazione di alunno disabile;
 - copia della fattura o della ricevuta fiscale o, in caso di acquisto tramite rateizzazione copia del contratto di finanziamento, dell'ausilio/strumento comprensivi delle specifiche tecniche e dei costi degli strumenti/ausili con data **non antecedente al 01/01/2015**;
 - copia, se disponibile, del verbale di accertamento dell'handicap ai sensi della legge 104/92;
 - per la richiesta di finanziamento di protesi acustiche copia dell'esame audiometrico con data non antecedente a 12 mesi dalla data della fattura/ricevuta fiscale e comunque non successiva alla data di acquisto;
 - per gli ausili riconducibili al Nomenclatore Tariffario copia del modello 03 autorizzato dall'ufficio protesi se cartaceo, oppure copia della prescrizione effettuata on line direttamente dal medico prescrittore, per entrambi con l'indicazione della quota posta a carico del cittadino;
 - per gli ausili/strumenti ad alto contenuto tecnologico con forte connotazione sanitaria, non riconducibili al Nomenclatore Tariffario, documento che comprovi il riconoscimento del contributo sanitario ricevuto;
 - eventuale dichiarazione dell'Azienda fornitrice, responsabile dell'installazione di avvenuta personalizzazione, di addestramento o collaudo dell'ausilio/strumento richiesto per le domande riferite dell'Area Domotica e per la le modifiche dell'auto.

La mancata presentazione di uno dei documenti previsti dal bando comporterà la non ammissibilità della domanda al contributo.

Luogo e Data _____

Firma della persona disabile _____

Oppure Firma di colui che presenta domanda se diverso dalla persona disabile

ALLEGATO A

CERTIFICAZIONE E PRESCRIZIONE DEL MEDICO SPECIALISTA

(per l'acquisizione di strumenti tecnologicamente avanzati ai sensi della Legge Regionale 23/99 art. 4 commi 4 e 5; DGR 5631/16 e Decreto n. 10515/2016)

Si certifica che:

Nome e cognome del beneficiario _____

è affetto dalla seguente **diagnosi** (utilizzare la classificazione secondo ICD 10 o in subordine ICD 9) (In caso di disturbi specifici dell'apprendimento è necessario indicare il grado della patologia indicando i test eseguiti e il relativo punteggio):

Quadro funzionale:

Riconosciuto invalido civile: SI NO

Riconosciuto disabile ai sensi dell'art. 3 della Legge n. 104/92: SI NO

Riconosciuto Alunno Disabile ai sensi DPCM N. 185/2006 SI NO

Con una invalidità funzionale :

motoria uditiva visiva psichica intellettiva

della comunicazione specifica dell'apprendimento

Dati clinico anamnestici relativi al soggetto disabile:

Strumento tecnologicamente avanzato prescritto (è indispensabile indicare in modo chiaro e dettagliato il tipo di disturbo/disabilità, il quadro funzionale, il tipo di strumento specifico, l'utilizzo, evitando descrizioni generiche, al fine di consentire una valutazione di congruità)

PROGETTO INDIVIDUALIZZATO

Descrivere gli obiettivi da raggiungere con l'acquisto dello strumento/ausilio con riferimento anche al contesto socio-familiare in cui si sviluppa il progetto (integrazione sociale, lavorativa, scolastica o di sviluppo dell'autonomia - specificando in che termine)

Finalità e Obiettivi:

Elementi rilevanti del contesto socio-ambientale e familiare:

Risultati attesi (comportamenti e competenze da acquisire a livello individuale e/o familiare):

Motivazione della prescrizione (motivare la necessità e conformità dello strumento richiesto con il progetto individualizzato)

Medico Specialista in _____

(la specializzazione deve essere congruente con la disabilità)

Data _____

Firma e timbro del Medico Specialista

Firma della persona disabile
o di colui che presenta domanda
se diverso dalla persona disabile
