



Regione Lazio



Città di Ciampino



Città di Marino



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 6

ASL RM 6

Progetto realizzato con il contributo della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Ministro per le disabilità

ALLEGATO A

DOMANDA DI SOSTEGNO ECONOMICO PER FAMIGLIE CON MINORI CON DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO TRA I 12 ANNI E I 18 NON COMPIUTI (linea intervento A)

Il/la sottoscritto/a

nato/a il

residente a in via n.....

C.F.

Tel. Cell. e-mail:.....

in qualità di genitore/tutore di

nato/a il

residente a in via n.

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 e ss.mm.ii. (ultima n.11 del 02/12/2024);

Si allega:

- a) copia del documento d'identità del richiedente genitore/tutore o permesso di soggiorno in corso di validità;
- b) copia del documento d'identità del minore;
- c) diagnosi di disturbo dello spettro autistico;



Regione Lazio



Città di Ciampino



Città di Marino



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 6

ASL RM 6

Progetto realizzato con il contributo della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Ministro per le disabilità

- d) numero protocollo DSU - dichiarazione sostitutiva unica; oppure Attestazione ISEE, o nel caso di minori Attestazione ISEE Minorenni (si specifica che in mancanza di un'Attestazione allegata si procederà alla ricerca d'ufficio sul sito INPS, inoltre in caso di Attestazioni con omissioni o difformità verrà presa in considerazione la fascia ISEE con punteggio più alto);

Il tetto massimo del contributo per beneficiario non potrà superare l'importo di euro 5.000,00 annui e comunque nei limiti delle disponibilità finanziarie distrettuali.

Allo scopo di dare attuazione alla valutazione multidimensionale di cui all'art. 10 del Regolamento Regionale n.1/2019 e ss.mm.ii., 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.....

Luogo e Data

Firma del richiedente

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.

FIRMA del richiedente



Regione Lazio



Città di Ciampino



Città di Marino



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 6

ASL RM 6

Progetto realizzato con il contributo della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Ministro per le disabilità

ALLEGATO B

DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE AI FINI DEL SOSTEGNO ECONOMICO PER LE FAMIGLIE CON MINORI CON DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO TRA I 12 ANNI E I 18 NON COMPIUTI

(ai sensi del Regolamento Regionale 15 gennaio 2019, n. 1 e ss.mm.ii.)

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

Il/la sottoscritto/a

in qualità di genitore/tutore di

Indicare il nominativo/i del professionista scelto:

Nominativo:.....

Tipo di terapia seguita

DICHIARA

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

1. 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 nel PTRP;



Progetto realizzato con il contributo della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Ministro per le disabilità

FATTURE:

1. fattura n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____
2. fattura n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____
3. fattura n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____
4. fattura n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____
5. fattura n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____
6. fattura n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____
7. fattura n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____
8. fattura n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____
9. fattura n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____
10. fattura n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____
11. fattura n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____
12. fattura n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____

per un totale di € _____

2. di allegare alla presente dichiarazione copia delle fatture per le quali si richiede il rimborso ai fini degli opportuni controlli da parte dell'ente;
3. di non percepire altri contributi pubblici per le spese relative ai medesimi interventi.

REGIONE
LAZIO

Regione Lazio



Città di Marino



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 6

ASL RM 6

MODALITÀ PER RICEVERE IL CONTRIBUTO

Conto intestato a

--

Codice Fiscale

--

Coordinate Bancarie
(Codice IBAN)

[illegible]

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