



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO "LT/5"

**Comuni di: GAETA, FORMIA, MINTURNO, ITRI, SS. COSMA E DAMIANO,
CASTELFORTE, SPIGNO SATURNIA, PONZA E VENTOTENE**

Ufficio Integrazione Socio Sanitaria: Gaeta Piazza XIX MAGGIO, Tel. 0771 469448

e-mail: integr.distrettosud@tiscali.it pec: distrettosociosanitarioformiagaeta@pec.it

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 con disturbo dello spettro autistico possono presentare 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.

A cura del sistema integrato di interventi e servizi sociali e sanitari del territorio, il contributo andrà integrato al piano di assistenza individualizzato del minore.

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.

La quota del contributo è graduata proporzionalmente in base all'ISEE e è erogata con priorità ai nuclei famigliari con un numero di figli nello spettro autistico superiore a 1 e con un ISEE inferiore o pari a €. 8.000,00.

Il tetto massimo della quota di contributo è pari a €. 5.000,00 annui.

Le famiglie destinatarie dell'intervento, entro il 31 gennaio 2020, devono presentare al Comune di Gaeta Capofila del Distretto LT/5, 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".

Le domande potranno pervenire dal giorno 15 Aprile 2019, al protocollo generale dei nove Comuni del Distretto LT/5, tramite un plico debitamente chiuso e controfirmato su tutti i lembi di chiusura in maniera da garantirne l'integrità. Il plico, oltre al nome e all'indirizzo del mittente, dovrà riportare la dicitura **NON APRIRE – Domanda SOSTEGNO ALLE FAMIGLIE CON MINORI IN ETA' EVOLUTIVA PRESCOLARE NELLO SPETTRO AUTISTICO, AI SENSI DEL REGOLAMENTO REGIONALE 15 GENNAIO 2019, N. 1**

Il recapito del plico, che potrà avvenire a mano, con raccomandata A/R o mediante Agenzie di recapito autorizzate, rimane a totale rischio del mittente.

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 evolutiva prescolare con disturbi dello spettro autistico”.
- Regolamento Regionale 15 gennaio 2019, n. 1
- Determinazione Regionale G 03047 del 18 Marzo 2019 “Approvazione del Documento – Modalità attuative della misura di sostegno alle famiglie con minori in età evolutiva prescolare nello spettro autistico, ai sensi del regolamento regionale 15 Gennaio 2019, n.1”

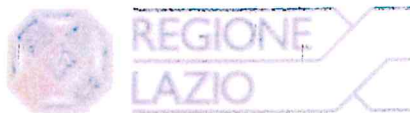
Per ogni ulteriore informazione i cittadini possono rivolgersi:

- Al Servizio Sociale professionale del proprio Comune di Residenza
- All’Ufficio di Piano del Distretto LT/5 presso il Comune Capofila

Ai sensi del DPR 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 Dirigente
Pasquale Fusco



Distretto
Socio Sanitario
LT/5

Modello "A"

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

AL COMUNE DI _____
DISTRETTO Socio-Sanitario LT/5

**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 il
residente a in via n.
C.F.
Tel. Cell. email:

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;

Si allega:

- Diagnosi di disturbo dello spettro autistico;
- Documento aggiornato attestante l'indicatore della situazione economica equivalente – ISEE del nucleo familiare del minore beneficiario;



Distretto
Socio Sanitario
LT/5

Modello "A"

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

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 compilato va consegnato secondo le modalità disposte dall'avviso pubblico n...del.... Emanato dal Comune/Ente capofila di distretto socio-sanitario.



AL COMUNE DI _____
DISTRETTO Socio-Sanitario LT/5

DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE
AI FINI DEL SOSTEGNO ECONOMICO PER LE FAMIGLIE CON MINORI IN ETA' 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. Cell. email:

in qualità di genitore/tutore di

nato/a il

residente a in via 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:

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:

- 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 2019;

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

