

Domanda per il contributo alle famiglie di persone con disabilità o al singolo soggetto disabile per l'acquisto di strumenti tecnologicamente avanzati – L.R. 23/99 - ANNO 2011 (Decreto n. 9815 del 25.10.2011)

Dati identificativi della persona disabile:

Cognome Nome:
Data e luogo di nascita:
Codice Fiscale:
Comune di residenza:
Indirizzo:
Professione:
Tel/Cell/Fax:
Indirizzo mail:

Dati identificativi del familiare richiedente (se diverso)

Cognome Nome:
In qualità di (Genitore, tutore, ...):
Data e luogo di nascita:
Indirizzo:
Comune di residenza:
Tel/Cell/Fax:
Indirizzo mail:

Strumento per il quale viene richiesto il contributo:

(Specificare in modo dettagliato lo strumento richiesto ad es. software per compensare deficit uditivi o visivi, adattamento tastiere, sistemi di puntamento, emulatori di mouse, dispositivi domotici, software + PC + hardware collegato, etc).

N.B. È possibile presentare la richiesta **per un solo strumento**.

FORMULA DEL CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Il sottoscritto, acquisite le informazioni di cui all'articolo 13 del D.Lgs n. 196/2003 (vedi informativa allegata), acconsente al trattamento dei propri dati personali dichiarando di aver avuto, in particolare, conoscenza che i dati medesimi rientrano nel novero dei "dati sensibili" di cui all'art. 4 della legge citata, vale a dire i dati "idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale".

_____ / _____
(Luogo)

(Data)

Firma

ALLEGATO 1

Autocertificazione/Dichiarazione

Dati identificativi della persona disabile:

Cognome e Nome	
Luogo e data di nascita	
Comune di residenza	CAP
Indirizzo	

Dati identificativi del familiare richiedente (se diverso):

Cognome e Nome	
In qualità di (Genitore, tutore, ...):	
Luogo e data di nascita	
Comune di residenza	CAP
Indirizzo	

Al fine di poter fruire dei benefici previsti dalla L.R. 23/99, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendaci, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, Il/la sottoscritto/a, in nome di _____ (indicare il nome del disabile se la dichiarazione viene resa da familiare diverso) :

D I C H I A R A

di **non aver effettuato altra richiesta di finanziamento** pubblico o richiesta di messa a disposizione gratuita di ausilio e/o ausili oggetto della presente istanza.

di non aver ricevuto altri finanziamenti ai sensi dell'art. 4, commi 4 e 5, della L.R. 23/99 **negli ultimi tre anni per sé e per la persona disabile** (ad eccezione delle domande per dispositivi/sistemi domotici e di adeguamento/potenziamento dell'ausilio).

di **accettare la quota di compartecipazione** al costo dello strumento/ausilio richiesto.

di avere già in dotazione, per sé o per il proprio familiare, i seguenti altri ausili:

consapevole che la non veridicità del contenuto delle suddette autocertificazioni/dichiarazioni comporta la decadenza dei benefici ottenuti in base alla dichiarazione non veritiera ai sensi dell'art. 75 del DPR 445/2000.

Il dichiarante è consapevole che il rilascio di dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia (art. 76 del DPR 445/2000).

DATA_____

FIRMA

ALLEGATO 2

Autocertificazione/Dichiarazioni (invalidità-alunno disabile)

Dati identificativi della persona disabile:

Cognome e Nome	
Luogo e data di nascita	
Comune di residenza	CAP
Indirizzo	

Dati identificativi del familiare richiedente (se diverso):

Cognome e Nome	
In qualità di (Genitore, tutore,):	
Luogo e data di nascita	
Comune di residenza	CAP
Indirizzo	

Al fine di poter fruire dei benefici previsti dalla L.R. 23/99, consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendaci, così come stabiliti dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, Il/la sottoscritto/a :

DICHIARA

1. I seguenti stati, fatti, qualità personali:

<p>- di essere stato riconosciuto invalido civile al.....% con diagnosi di..... come attestato da verbale emesso dall'ASL di nella seduta del..... rif. pratica nr.....</p>

<p>- di essere stato riconosciuto invalido di: guerra <input type="checkbox"/> servizio <input type="checkbox"/> lavoro <input type="checkbox"/> con un grado di invalidità pari al% con una diagnosi di..... come attestato da verbale emesso dall'Ente di nella seduta del.....rif. pratica nr.....</p>

- di essere stato certificato alunno disabile con una diagnosi di
.....come attestato da verbale emesso dall'Ente
..... di datarif. pratica

2. che la documentazione sopra richiamata è in corso di validità.

DATA _____

FIRMA

ALLEGATO 3

PRESCRIZIONE DEL MEDICO SPECIALISTA

(per l'acquisizione di strumenti tecnologicamente avanzati ai sensi della Legge Regionale 23/99 art. 4 commi 4 e 5)

...//....

Nome e cognome del beneficiario: _____

Diagnosi (utilizzare la classificazione secondo ICD 10 o in subordine ICD 9):

Quadro funzionale:

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

Con una invalidità funzionale :

- motoria uditiva visiva psichica intellettiva
 della comunicazione specifica dell'apprendimento¹

¹ In caso di disturbi specifici dell'apprendimento è necessario indicare il grado della patologia.

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*)

Motivazione della prescrizione (necessità e conformità dello strumento richiesto con il progetto sociale/educativo individualizzato)

Medico Specialista in _____
(la specializzazione deve essere congruente con la disabilità)

Data _____

Firma e timbro del Medico Specialista

ALLEGATO 4

PROGETTO SOCIALE ED EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO

(per l'acquisizione di strumenti tecnologicamente avanzati ai sensi della Legge Regionale 23/99 volta a favorire una vita indipendente o una maggiore autonomia o un miglioramento della qualità della vita del disabile)

Dati anamnestici, diagnostici e funzionali (del destinatario dell'intervento)

Nome: _____

Cognome: _____

Luogo e data di nascita: _____

Residenza: _____

Diagnosi formulata dal medico specialista:

Descrizione del progetto:

Obiettivi attesi con riferimento al contesto socio-familiare in cui si sviluppa il progetto (integrazione sociale, lavorativa, scolastica o di sviluppo dell'autonomia - specificando in che termine-)

Elementi rilevanti del contesto socio-ambientale e familiare:

Finalità e Obiettivi:

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

Qualifica estensore progetto (es. assistente sociale, educatore professionale, psicologo, pedagogista, medico di medicina generale, medico specialista),

Nome e cognome dell'operatore _____

Qualifica professionale dell'operatore: _____

N.B. L'utente e la famiglia si avvarranno di competenze socio sanitarie e pertanto la stesura del Progetto sociale ed educativo non potrà essere effettuata solo a cura dell'interessato o dei familiari.

Data _____

Firma dell'operatore

RIEPILOGO DOCUMENTI DA PRESENTARE INDISPENSABILI PER PROCEDERE ALLA VALUTAZIONE DELLA DOMANDA

1. Domanda integralmente compilata e sottoscritta;
2. Fotocopia carta d'identità del richiedente e del disabile per il quale viene richiesto il contributo;
3. Autocertificazione/Dichiarazione (ALLEGATO 1);
4. Autocertificazione/Dichiarazioni (invalidità-alunno disabile) (ALLEGATO 2);
5. Fotocopia della certificazione legge 104/92 o dichiarazione sostitutiva;
6. Prescrizione del medico specialista (ALLEGATO 3);
7. Progetto sociale ed educativo individualizzato (ALLEGATO 4);
8. Per gli ausili riconducibili al Nomenclatore Tariffario:
 - Modello 03 di erogazione forniture protesiche;
 - Programma Terapeutico;
9. Documentazione medica necessaria per evidenziare l'effettivo possesso dei requisiti previsti (esame audiometrico recente per protesi acustiche, valutazione con punteggio dei test effettuati per disturbi specifici di apprendimento);
10. Copia di preventivo o di fattura/ricevuta fiscale indicante l'elenco degli strumenti con il dettaglio tecnico ed il relativo costo (la fattura/ricevuta fiscale non dovrà essere antecedente 12 mesi dalla data di presentazione della domanda);
11. Eventuale dichiarazione da parte dell'Azienda fornitrice, responsabile dell'installazione, della personalizzazione, dell'addestramento e del collaudo;
12. Altra documentazione, se ritenuta utile alla valutazione della richiesta.

Si informa che le domande di ammissione al contributo non verranno in alcun modo convalidate dall'Ufficio Protocollo o da altro ufficio dell'ASL, considerato che nella presente informativa vi sono tutte le indicazioni utili affinché le stesse possano essere predisposte nel modo corretto.