



Comune di Montefiascone

Provincia di Viterbo

ENTE CAPOFILA DEL DISTRETTO VT/1



[Comuni di Montefiascone (Ente Capofila), Acquapendente, Bagnoregio, Bolsena, Capodimonte, Castiglione in Teverina, Civitella d'Agliano, Farnese, Gradoli, Graffignano, Grotte di Castro, Ischia di Castro, Latera, Lubriano, Marta, Onano, Proceno, San Lorenzo Nuovo, Valentano e ASL Distretto A]

AVVISO PUBBLICO

SOSTEGNO ALLE FAMIGLIE CON MINORI IN ETÀ EVOLUTIVA PRESCOLARE NELLO SPETTRO AUTISTICO, AI SENSI DEL REGOLAMENTO REGIONALE 1 GENNAIO 2019, n.1

SI RENDE NOTO

che sono aperti i termini per la presentazione delle domande a sostegno alle famiglie con minori in età evolutiva prescolare nello spettro autistico, ai sensi del regolamento regionale 1 gennaio 2019, n.1.

DESTINATARI

Destinatari del presente bando sono le famiglie con minori in età evolutiva prescolare con disturbo dello spettro autistico con evidenza scientifica riconosciuta.

FINALITÀ

La domanda è volta ad ottenere un sostegno economico, inteso come contributo alle spese per i trattamenti erogati da professionisti iscritti all'albo di cui all'art. 3 del Regolamento Regionale n. 1 del 15 Gennaio 2019.

TERMINE DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

Le domande dovranno essere compilate, sottoscritte e corredate da tutta la necessaria ed idonea documentazione richiesta, secondo il **modello A** (allegato al presente avviso).

Il termine per la presentazione delle domande da parte delle famiglie, viene fissato al **30 Ottobre 2019**. L'istanza, corredata di tutta la documentazione richiesta, dovrà essere presentata entro il termine di scadenza con una delle seguenti modalità:

- a mano all'Ufficio protocollo del Comune di Montefiascone Ente Capofila;
- a mezzo di raccomandata A.R. o con altri mezzi di spedizione previsti per legge entro il termine di scadenza dell'avviso all'indirizzo: COMUNE DI MONTEFIASCONE IV SETTORE – UFF. DI PIANO - LARGO DEL PLEBISCITO 1, 01027 MONTEFIASCONE (VT);
- all'indirizzo di posta elettronica certificata protocollo@pec.comune.montefiascone.vt.it

Il bando ed il modello di domanda sono disponibili presso l'Ufficio Servizio Sociale del proprio Comune di residenza e sul sito www.comune.montefiascone.vt.it alla sezione bandi di concorso.

VALUTAZIONE DELLE DOMANDE

La valutazione viene effettuata, ai sensi dell'art.10 del Regolamento, considerando le risorse e i servizi già attivi in favore della persona o comunque attivabili nella rete sociosanitaria e integrando al piano di assistenza individualizzato del minore gli interventi riferibili alla misura di sostegno economico. 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.

La quota di contributo è graduata proporzionalmente in base all'ISEE ed è erogata con priorità ai nuclei familiari 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.

MODALITÀ

La famiglia può scegliere un professionista tra quelli presenti nell'Albo regionale, di cui all'art. 3 del Regolamento, o un centro qualificato che abbia professionisti presenti nell'Albo regionale.

Entro il 30 giorni dalla scadenza del termine di presentazione delle istanze, sulla base delle indicazioni fornite dalle unità valutative ed entro i limiti del fondo assegnato, l'Ufficio di Piano Distrettuale predisponde il provvedimento relativo

all'elenco delle famiglie beneficiarie per l'anno 2019.

ULTERIORI INFORMAZIONI:

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.

Per ogni ulteriore informazione è possibile rivolgersi al Servizio Sociale Professionale del proprio Comune di residenza, allo Sportello del Segretariato Sociale e Sportello Famiglia del Distretto VT1 presso il Comune Capofila.

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”.

**L'ASSESSORE AI SERVIZI SOCIALI
ORINETTA CELESTE**

**IL FUNZIONARIO RESPONSABILE
DR.SSA PAOLA DE SANTIS**

**IL SINDACO
MASSIMO PAOLINI**



Comune di Montefiascone

Provincia di Viterbo
ENTE CAPOFILA DEL DISTRETTO VT/1



[Comuni di Montefiascone (Ente Capofila), Acquapendente, Bagnoregio, Bolsena, Capodimonte, Castiglione in Teverina, Civitella d'Agliano, Farnese, Gradoli, Graffignano, Grotte di Castro, Ischia di Castro, Latera, Lubriano, Marta, Onano, Proceno, San Lorenzo Nuovo, Valentano e ASL Distretto A]

DOMANDA DI SOSTEGNO ECONOMICO PER FAMIGLIE CON MINORI IN ETA' 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;

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 Emanato dal Comune/Ente capofila di distretto socio-sanitario.



Comune di Montefiascone

Provincia di Viterbo

ENTE CAPOFILA DEL DISTRETTO VT/1



REGIONE
LAZIO

[Comuni di Montefiascone (Ente Capofila), Acquapendente, Bagnoregio, Bolsena, Capodimonte, Castiglione in Teverina, Civitella d'Agliano, Farnese, Gradoli, Graffignano, Grotte di Castro, Ischia di Castro, Latera, Lubriano, Marta, Onano, Proceno, San Lorenzo Nuovo, Valentano e ASL Distretto A]

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

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 Emanato dal Comune/Ente capofila di distretto socio-sanitario.