



CITTA' DI MONTE PORZIO CATONE

Città Metropolitana di Roma

00078- via Roma, 5

Distretto Socio – Sanitario RM6/1

Area Piani di Zona



SOSTEGNO ALLE FAMIGLIE CON MINORI IN ETA' EVOLUTIVA PRESCOLARE 0-6 anni NELLO SPETTRO AUTISTICO

SI RENDE NOTO

Che con Legge Regionale 22 ottobre 2018 n.7, art.74 “Interventi a sostegno delle famiglie dei minori in età evolutiva prescolare dello spettro autistico” e Delibera Giunta Regionale n.866 del 28/12/2018, la Regione Lazio ha stabilito di indirizzare uno specifico fondo a sostegno delle famiglie dei Minori in età evolutiva prescolare nello spettro autistico residenti nel Lazio che intendono avvalersi di metodi e programmi psicologici e comportamentali strutturali, programmi educativi e di altri trattamenti con evidenza scientifica riconosciuta, rientrati tra quelli di cui alle Linee guida dell’Istituto Superiore di Sanità (LG21/11), mirati a modificare i comportamenti del bambino per favorire un migliore adattamento alla vita quotidiana;

Che con Determinazione n.G17743 del 31/12/2018 sono stati assegnati e impegnati i fondi a favore degli ambiti territoriali per l’attuazione della misura di sostegno alle famiglie di cui al Capo III del Regolamento adottato con D.G.R.n.866 del 28/12/2018;

Che la Regione Lazio ha adottato il Regolamento regionale 15 gennaio 2019 n.1, “Regolamento per la disciplina degli interventi a sostegno delle famiglie dei minori in età evolutiva prescolare nello spettro autistico”;

Che in base a ciò l’Ufficio di Piano del Distretto RM 6.1 con Determinazione n. 471 del 08.05.2019 ha approvato il seguente Avviso.

AVVISO

Entro il 30 maggio 2019, le famiglie di minori in età evolutiva prescolare fino e non oltre il compimento del sesto anno di età, con diagnosi di disturbo dello spettro autistico (compresi i minori adottati), residenti (minore residente e almeno un genitore residente) nei Comuni afferenti al Distretto RM 6.1, possono presentare, presso il Comune di residenza, **la domanda di ammissione alla misura di sostegno (All. A) “Domanda di sostegno economico per famiglie con minori in età evolutiva prescolare nello spettro autistico”** per richiedere il contributo che consiste nel rimborso della somma, o parte della somma, spesa dalla famiglia per avvalersi di metodi e programmi psicologici e comportamentali strutturati (Applied Behavioural Analysis –ABA, Early Intensive Behavioural Intervention - EIBI, Early Start Denver Model – ESDM), programmi educativi (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children – TEACCH) e di altri trattamenti con evidenza scientifica riconosciuta, rientranti tra quelli di cui alle Linee Guida dell’Istituto Superiore di Sanità (LG 21/11), erogati da professionisti iscritti all’Albo di cui all’art.3 del Regolamento Regionale n.1 del 15 gennaio 2019, allegando:

- diagnosi del disturbo dello spettro autistico

Area Piani di Zona

Tel. 069428337/338

e-mail: pianodizona@comune.monteporzioatone.rm.it

sito web Distretto RM 6/1: <http://distrettosociosanitariorm6-1.it>

- documento d'identità del richiedente e del beneficiario in corso di validità
- attestazione ISEE 2019 del nucleo familiare del minore beneficiario.

Il Comune di residenza valuterà l'ammissibilità della domanda e contatterà il servizio di Tutela Salute Mentale e Riabilitazione dell'Età Evolutiva (TSMREE) di competenza territoriale per programmare l'effettuazione della valutazione multidimensionale redatta dall'UVM del Distretto Socio Sanitario RM 6.1. Tale contributo andrà integrato al Piano di Assistenza Individualizzato (PAI) del minore.

La quota di contributo sarà graduata proporzionalmente secondo le indicazioni del PAI redatto dall'UVM e in base all'ISEE, e sarà erogato 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 (in relazione ai criteri di seguito indicati).

Il tetto massimo della quota di contributo alle spese è pari a € 5.000,00 annui; per ciascun richiedente l'importo concedibile verrà quantificato in sede di UVM, poiché l'entità del contributo deve delinearli considerando le risorse e i servizi già attivi a favore della persona o comunque attivabili dalla rete socio-sanitaria.

Entro il **31 luglio 2019**, sulla base delle indicazioni fornite dall'UVM, l'Ufficio di Piano Distrettuale predisporrà il provvedimento relativo all'elenco delle famiglie beneficiarie per l'anno 2019 entro il limite del fondo assegnato.

Il beneficio sarà erogato fino ad esaurimento dei fondi disponibili e secondo l'ordine di graduatoria distrettuale redatta in base alle indicazioni fornite dall'UVM e ai seguenti criteri di valutazione:

SITUAZIONE NUCLEO FAMILIARE

famiglia con 2 figli minori con spettro autistico	punti 10
famiglia con oltre 2 figli minori con spettro autistico	punti 20
nucleo monogenitoriale	Punti 10

SITUAZIONE ECONOMICA (ISEE anno 2019)

ISEE da 0,00 a 8.000,00	Punti 30
ISEE da 8.000,01 a 12.000,00	punti 20
ISEE da 12.000,01 a 18.000,00	punti 10
ISEE da 18.000,01	

Le famiglie destinatarie dell'intervento, **entro il 31 gennaio 2020**, dovranno presentare al Comune Capofila del Distretto RM 6.1, presso l'Ufficio Protocollo sito in Monte Porzio Catone, via Roma 5 00078 o alla PEC comune.monteporzioatone@legalmail.it, la dichiarazione delle spese effettuate compilando l'apposito modulo (All. B) *“Dichiarazione delle spese sostenute ai fini del sostegno economico per le famiglie con minori in età evolutiva prescolare con disturbo dello spettro autistico”*.

Si allegano al presente avviso:

- Modulo A) “Domanda di sostegno economico per famiglie con minori in età evolutiva prescolare nello spettro autistico”;

Area Piani di Zona

Tel. 069428337/338

e-mail: pianodizona@comune.monteporzioatone.rm.it

sito web Distretto RM 6/1: <http://distrettosociosanitariorm6-1.it>

- Modulo B) “Dichiarazione delle spese sostenute ai fini del sostegno economico per le famiglie con minori in età evolutiva prescolare con disturbo dello spettro autistico”.

Il Responsabile dell'Ufficio di Piano Distretto RM 6.1
Dott.ssa Patrizia Pisano

Modulo “A”

**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 “ *Regolamento per la disciplina degli Interventi a sostegno delle famiglie dei Minori in età evolutiva prescolare nello Spettro Autistico*”;

Si allega alla presente:

- Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente;
- Copia della diagnosi di Disturbo dello spettro autistico del/i minore/i
- Eventuali certificazioni (L.104/92, verbale di invalidità, ecc.) di altre patologie del/i minore/i o di altri componenti del nucleo familiare;
- Autocertificazione circa la tipologia di servizi già attivi o attivabili (ad esempio, numero di ore di assistenza, altre forme di contributi economici) nelle rete sociosanitaria a favore della persona per la quale si richiede il contributo;
- Documento in corso di validità 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, ecc.).....

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

Area Piani di Zona
Tel. 069428337/338

e-mail: pianodizona@comune.monteporzioatone.rm.it
sito web Distretto RM 6/1: <http://distrettosociosanitariorm6-1.it>

Modulo “B”

**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 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 _____, ammessa all'erogazione del sostegno economico con atto n.....del..... ;
- vista la valutazione multidimensionale effettuata;

Indico il/i nominativo/i del professionista scelto, tra gli iscritti all'Albo regionale di cui all'art. 3 del Regolamento 15 gennaio 2019, n.1

Nominativo/i:.....

Modulo "B"

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 allegare copia delle fatture sopra elencate e dei relativi bonifici di pagamento;

3) di non percepire altri contributi pubblici per le spese relative ai medesimi interventi

Area Piani di Zona

Tel. 069428337/338

e-mail: pianodizona@comune.monteporzioatone.rm.it

sito web Distretto RM 6/1: <http://distrettosociosanitariorm6-1.it>

MODALITA' DI PAGAMENTO DEL CONTRIBUTO

N.B. l'intestatario del c/c deve coincidere con il richiedente, anche solo cointestante

BONIFICO BANCARIO

Intestatario conto: Istituto bancario	
Indirizzo	Città
Agenzia n°	
Coordinate Bancarie (Codice IBAN)	
<i>E' obbligatorio indicare la dicitura completa dell'istituto di credito e compilare correttamente le 27 caselle relative al codice IBAN. In caso contrario potrebbe essere compromessa la regolarità e la tempestività del pagamento.</i>	

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
