

Oggetto: **Domanda per Richiesta di Finanziamenti L.R. n. 23/99, art. 4, commi 4 e 5 (Decreto Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale n. 12101 del 17/11/2009)**

NOME DELLA PERSONA DESTINATARIA DELL'INTERVENTO

Cognome Nome	
Luogo e data di nascita	
Professione	
Comune di residenza	CAP
Indirizzo (via, n. civico)	
N° TELEFONICO (con pronta reperibilità)	CELL.
E-MAIL	FAX

DATI IDENTIFICATIVI DEL FAMILIARE RICHIEDENTE (se diverso dal destinatario)

Grado di parentela con la persona destinataria dell'intervento	
Cognome Nome	
Luogo e data di nascita	
Professione	
Comune di residenza	CAP
Indirizzo (via, n. civico)	
N° TELEFONICO (con pronta reperibilità)	CELL.
E-MAIL	FAX

STRUMENTO PER IL QUALE VIENE RICHiesto IL CONTRIBUTO
(è possibile presentare richiesta per UN SOLO STRUMENTO)

COORDINATE BANCARIE o POSTALI – IBAN

In caso di esito positivo della domanda, a seguito dell'istruttoria effettuata dall'ASL, il sottoscritto chiede che l'accredito dell'importo riconosciuto avvenga attraverso le seguenti coordinate:

intestatario del conto: _____

paese	ID	CIN	Codice ABI	CAB sportello	Numero conto/libretto

FORMULA DI CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Il sottoscritto, acquisite le informazioni di cui l'articolo 13 del D. Lgs. n. 196/2003 (vedi informativa allegata), acconsente al trattamento dei propri dati personali, dichiarando di avere avuto, in particolare, conoscenza che i dati medesimi rientrano nel novero dei "dati sensibili" di cui all'articolo 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.....

Nome Cognome

Firma leggibile _____

AUTOCERTIFICAZIONE / DICHIARAZIONE

Il sottoscritto _____ sotto la propria responsabilità

- dichiara di **non** aver effettuato altre richieste di finanziamento pubblico o di messa a disposizione gratuita dell'ausilio oggetto della presente istanza
- dichiara di accettare la quota di compartecipazione al costo come previsto dall'art. 4 – commi 4 e 5 della L.R. 23/99
- autocertifica di non aver ricevuto negli ultimi 3 anni finanziamenti ai sensi dell'art. 4 – commi 4 e 5 della L.R. 23/99 (valido solo per l'acquisto di strumenti non legati all'area della domotica)
- dichiara la presenza dei seguenti ausili nonché del relativo supporto assistenziale già in dotazione alla persona disabile e/o alla sua famiglia:
-
-
-

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 _____

RIEPILOGO DOCUMENTI DA PRESENTARE

Allega i seguenti documenti:

1. Fotocopia **carta d'identità** (firmatario del modulo)
2. Dichiarazione sostitutiva di **certificazione di invalidità** (redatta secondo lo schema allegato) o, a discrezione dell'utente, sua eventuale fotocopia
oppure
dichiarazione sostitutiva della **certificazione di alunno disabile** (redatta secondo lo schema allegato) o, a discrezione dell'utente, sua eventuale fotocopia
oppure
certificazione dello specialista per patologie che causano disabilità e non sono necessariamente da accertare attraverso il verbale di invalidità o la certificazione di alunno disabile
3. Dichiarazione sostitutiva di **certificazione di legge 104/92 (se in possesso)** o, a discrezione dell'utente, sua eventuale fotocopia
4. **Prescrizione del medico specialista**
5. **Progetto sociale ed educativo individualizzato**
Fotocopia del **preventivo o fattura/ricevuta fiscale** rilasciati da fornitori liberamente scelti, comprensivi delle specifiche tecniche e dei relativi costi degli strumenti (la fattura/ricevuta fiscale non deve essere datata antecedentemente i 12 mesi dalla data di presentazione della domanda ad esclusione dei casi in cui la richiesta già presentata nel 2008 non sia stata accolta per esaurimento fondi e venga ripresentata nuovamente per l'anno in corso)
6. Per gli ausili riconducibili al nomenclatore tariffario è necessario allegare **copia del modello 03 autorizzato** dall'ufficio Protesi del Distretto di residenza con la quota posta a carico dell'utente per la richiesta di finanziamento di protesi acustiche **copia recente dell'audiogramma**.
8. Per gli ausili ammissibili in casi eccezionali è necessario allegare una **relazione clinica di approfondimento** redatta dallo specialista (o in subordine dal medico curante) che espliciti l'indispensabilità dell'ausilio
9. **Scheda tecnica** dell'ausilio per cui viene richiesto il finanziamento
10. Eventuale dichiarazione da parte dell'Azienda fornitrice, responsabile dell'installazione, della personalizzazione, dell'addestramento e del collaudo
11. Altra documentazione, se ritenuta utile alla valutazione della richiesta.

Data..... Firma del richiedente _____

N.B.: La completezza della documentazione sopra indicata è INDISPENSABILE al fine di consentire alla ASL di procedere alla valutazione della richiesta.

**IL PRESENTE MODULO È DA RENDERE AL LATORE DELLA DOMANDA
ED HA VALORE DI RICEVUTA**

Si dichiara che in data odierna il Signor
nato a il residente a
.....ha consegnato la domanda per richiesta di
finanziamento L.R. 23/99 - Art. 4 - commi 4 e 5

Timbro Protocollo Generale
ASL Provincia di Monza e Brianza _____

**In caso di invio tramite Raccomandata con Ricevuta di ritorno la domanda
dovrà essere inviata a:**

**Asl Provincia di Monza e Brianza
Servizio Disabili
Casella Postale n. 75
20052 Monza**

INFORMAZIONI

Per informazioni rivolgersi presso lo **sportello VAI** (Vita Autonoma e Indipendente)
presente presso le sedi dei seguenti Distretti Socio Sanitari:

<u>Distretto di Carate Brianza</u> via Mascherpa, 14	0362-826.439 0362-826.427	GIOVEDÌ	dalle 14,00 alle 16,00
<u>Distretto di Desio</u> via Foscolo 24	0362-483.210	GIOVEDÌ	dalle 14,00 alle 16,00
<u>Distretto di Monza</u> via Boito 2	039-238.4358	MERCOLEDÌ	dalle 14,00 alle 16,30
<u>Distretto di Seregno</u> via Stefano da Seregno 102	0362-483.550	GIOVEDÌ	dalle 9,00 alle 11,00
<u>Distretto di Vimercate</u> Trezzo - p.le Gorizia 2	039-6353939 02-9200.2845	GIOVEDÌ	dalle 9,00 alle 12,00

Informativa: "Codice in materia di protezione dei dati personali" Decreto Lgs. 196, 30.06.2003" (copia per l'utente)

Egr. Sig. / Gent. Sig.ra, desideriamo informarLa che il D. Lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di dati personali" prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Ai sensi della legge indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e tutelando la Sua riservatezza e i Suoi diritti. In particolare, per i trattamenti di 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, possono essere oggetto di trattamento solo con il consenso scritto dell'interessato e previa autorizzazione del Garante per la protezione dei dati (articolo 4 del D. Lgs. 196/2003).

Ai sensi dell'articolo 13 della legge predetta, Le forniamo quindi le seguenti informazioni.

1. Il trattamento che intendiamo effettuare:
 - a. riguarda i dati "sensibili", idonei a rilevare lo stato di salute
 - b. ha finalità di rilevante interesse pubblico di cui al Decreto Legislativo 196/03 in materia di handicap e rientranti nelle finalità istituzionali di questa ASL
 - c. sarà effettuato con le seguenti modalità: manuali e informatizzate con logiche strettamente correlate alla finalità stesse e comunque in modo da garantire la riservatezza e la sicurezza dei dati stessi
 - d. i dati, per la parte strettamente necessaria ai fini della redazione dell'istruttoria, saranno comunicati ad altri uffici ASL (Distretto Socio-Sanitario di competenza e Dipartimento ASSI Servizio Disabili), nonché in forma anonima alla Regione Lombardia
2. Il conferimento dei dati è obbligatorio (DGR 15452/2003) e loro eventuale mancato conferimento potrebbe comportare la mancata prosecuzione del rapporto.
3. Il titolare del trattamento è: Azienda Sanitaria Locale - Provincia di Monza e Brianza (V.le Elvezia, 2 – 20052 Monza)
4. Il responsabile del trattamento è: Direttore del Servizio Disabili
5. Al titolare del trattamento Lei potrà rivolgersi per far valere i Suoi diritti così come previsto dall'art. 7 e segg. del Decreto Lgs. 196/03.

Art. 7 (Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti)

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile
2. L'interessato ha diritto di venire a conoscenza:
 - a) dell'origine dei dati personali
 - b) delle finalità e modalità del trattamento
 - c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici
 - d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'art. 5, comma 2
 - e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto di ottenere:
 - a. l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse l'integrazione dei dati
 - b. la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati
 - c. l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
 - a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta
 - b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

Per l'esercizio dei diritti sopra ricordati, si fa espresso riferimento agli art. 8, 9, 10 del D. Lgs. 196/2003

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

NOME DEL BENEFICIARIO

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

DATI IDENTIFICATIVI DEL FAMILIARE RICHIEDENTE (se diverso dal beneficiario)

Grado di parentela con il destinatario dell'intervento	
Cognome Nome	
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 dichiarazioni mendaci, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, il/la sottoscritto/a

DICHIARA

1. I seguenti stati, fatti, qualità personali :

- di essere stato riconosciuto invalido civile al% con diagnosi di come attestato da verbale emesso dalla ASL Provincia di Monza e Brianza – Distretto Socio Sanitario di nella seduta del rif. pratica nr.
--

oppure:

- di essere stato riconosciuto invalido civile al% con diagnosi di come attestato da verbale emesso dalla ASL di Distretto di nella seduta del rif. pratica nr.

oppure:

- 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.

oppure:

- di essere stato certificato alunno disabile con diagnosi di..... come attestato da documentazione rilasciata dall'Ente / Istituto con sede in data rif. pratica nr.

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

data

firma

PRESCRIZIONE

per concorrere ai contributi collegati all'acquisizione di strumenti tecnologicamente avanzati
(Legge Regionale n. 23/99, art. 4 commi 4 e 5)

Il / la signor/a

nato a _____ il _____

residente a _____

affetto da _____

riconosciuto disabile ai sensi dell'art. 3 della legge n. 104/92 si no

con una invalidità funzionale permanente di tipo:

Motorio uditivo Visivo del linguaggio

l'ausilio denominato (indicare sia l'ausilio che gli eventuali accessori):

Tale ausilio avrà la finalità di:

- facilitare la comunicazione interpersonale
- facilitare l'elaborazione scritta o grafica
- facilitare il controllo dell'ambiente
- facilitare l'accesso all'informazione e alla cultura
- assistere la riabilitazione

Si considera tale ausilio necessario per migliorare:

(specificare le modalità)

integrazione sociale.....

.....

.....

integrazione lavorativa.....

.....

.....

integrazione scolastica.....

.....

.....

sviluppo autonomia.....

.....

.....

sollievo alla famiglia.....

.....

.....

riduzione carico assistenziale.....

.....

.....

.....

Inoltre il suo utilizzo è conforme al progetto sociale ed educativo individualizzato (allegato alla presente) in quanto:

Altre eventuali osservazioni:

Data

firma e timbro dello Specialista

Medico (pubblico o privato) Specialista in
(la specializzazione deve essere congruente con la disabilità)

Il sottoscritto dr. _____ si impegna a produrre, qualora richiesto dal Servizio Disabili della ASL – erogatore del contributo economico ai sensi della legge regionale 23/99 art. 4 comma 4 e 5 – come analisi di follow up, una **relazione** completa attestante l'avvenuta verifica di:

- raggiungimento degli obiettivi previsti dalla presente prescrizione
- variazione della situazione attuale
- necessità di individuare ulteriori obiettivi da raggiungere
- eventuale necessità di continuare l'utilizzo dello strumento al fine di raggiungere gli obiettivi in corso.

Firma e timbro dello specialista

PROGETTO SOCIALE ED EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO

(acquisizione strumenti tecnologicamente avanzati ai sensi L.R. 23/99, art. 4 commi 4 e 5)

Anamnesi (del destinatario dell'intervento)

Cognome Nome
Luogo e data di nascita
Residenza
Occupazione:
Se studente, indicare la classe frequentata:

Dati clinico anamnestici (età di insorgenza e gravità del sintomo e situazione attuale)

Dati sociali (descrizione situazione familiare, attività quotidiane ecc.)

Finalità e Obiettivi (definire quali aree vengono coinvolte e le modalità operative di utilizzo dello strumento stesso e degli eventuali accessori – es. software)

<input type="checkbox"/> integrazione sociale
<input type="checkbox"/> integrazione scolastica
<input type="checkbox"/> sviluppo autonomia
<input type="checkbox"/> sollievo alla famiglia
<input type="checkbox"/> riduzione carico assistenziale

Durata del progetto

Data di inizio del progetto:
Periodo entro il quale si pensa di realizzare gli obiettivi:

Risultati attesi e modalità di verifica:

A livello individuale:
A livello familiare:
Altre osservazioni:

Data

Qualifica

(es. assistente sociale, educatore professionale, medico medicina generale, medico specialistica, psicologo, pedagogista o altri operatori di Enti Pubblici o privati)

Firma e timbro dell'estensore del progetto _____