

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 2012 (Decreto n. 12252 del 18.12.2012)

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. ausili, dispositivi domotici, adattamento autoveicoli, 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.L.gs 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) :

A U T O C E R T I F I C A E D I C H I A R A

i seguenti stati, fatti, qualità personali:

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

autocertifica 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).

dichiara di **accettare la quota di compartecipazione** al costo della quota ammissibile dello strumento/ausilio richiesto

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



Regione
Lombardia

ASL Milano

a) dichiara di essere stato riconosciuto **invalido civile** al _____% con diagnosi di _____

b) dichiara di essere stato riconosciuto **invalido civile** al _____% con diritto all'indennità di **accompagnamento** con diagnosi di _____

come attestato dal **verbale emesso dalla CMI (Commissione Medico Legale)** dell'ASL di _____ nella seduta del _____ rif. Pratica nr. _____ **di cui si allega copia**

dichiara di essere stato riconosciuto invalido di:

guerra servizio lavoro

con un grado di invalidità pari al _____% con una diagnosi di _____

come attestato dal verbale emesso dall'Ente _____ di _____ nella seduta del _____ rif. pratica nr. _____ **di cui si allega copia**

dichiara di essere stato certificato **Alunno con Disabilità** come attestato da verbale del _____ emesso dall'Asl di _____ come:

- persona in stato di handicap
- persona in stato di handicap grave

con una diagnosi di _____
Si allega copia verbale

Dichiara che la documentazione sopra richiamata è in corso di validità

Il sottoscritto _____ 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

CERTIFICAZIONE E PRESCRIZIONE DEL MEDICO SPECIALISTA

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

Si certifica che:

Nome e cognome del beneficiario _____

è affetto dalla seguente diagnosi (utilizzare la classificazione secondo ICD 10 o in subordine ICD 9):

Quadro funzionale:

Riconosciuto invalido civile: SI NO

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

Riconosciuto Alunno Disabile ai sensi DPCM N. 185/2006 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 (indicando i test eseguiti e il relativo punteggio).

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)

PROGETTO INDIVIDUALIZZATO

Descrivere gli 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-)

Finalità e Obiettivi:

Elementi rilevanti del contesto socio-ambientale e familiare:

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

Motivazione della prescrizione (motivare la necessità e conformità dello strumento richiesto con il progetto individualizzato)

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

Data _____

Firma e timbro del Medico Specialista

**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. Fotocopia verbale invalidità e/o verbale di accertamento Alunno con Disabilità;
5. Certificazione e Prescrizione del medico specialista (ALLEGATO 2);
6. Per gli ausili riconducibili al Nomenclatore Tariffario:
 - Modello 03 di erogazione forniture protesiche;
 - Programma Terapeutico;
7. **Documentazione medica** che evidenzi l'effettivo possesso dei requisiti previsti dal bando relativamente alle richieste:
 - di ausili per non udenti (**esame audiometrico recente** per protesi acustiche)
 - di ausili ad alto contenuto tecnologico con forte connotazione sanitaria
8. 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);
9. Eventuale dichiarazione da parte dell'Azienda fornitrice, responsabile dell'installazione, della personalizzazione, dell'addestramento e del collaudo;
10. Altra documentazione, se ritenuta utile alla valutazione della richiesta.