Regione Lombardia

ASL Milano

DOMANDA

BANDO Legge regionale 23/99 – art. 4, commi 4 e 5 –
EROGAZIONE DI CONTRIBUTI ALLE FAMIGLIE DI PERSONE CON DISABILITA' O AL SINGOLO SOGGETTO DISABILE PER L'ACQUISTO DI STRUMENTI TECNOLOGICAMENTE AVANZATI – ANNO 2014 (Decreto n. 12006 del 12/12/2014).

Dati identificativi della persona disabile:

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

Dati identificativi del familiare richiedente (se diverso)

Cognome e Nome:	
In qualità di (Genitore, tutore, ….):	
Data e luogo di nascita:	
Indirizzo:	
Comune di residenza:	CAP:
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**.

Dipartimento ASSI
Via Ricordi, 1 – 20131 – MILANO
Tel.02/8578.2464 fax 02/8578.6039
Sito: http://www.asl.milano.it

Regione Lombardia

ASL Milano

Si allegano alla domanda i seguenti documenti (barrare i documenti presentati):

€ Domanda integralmente compilata e sottoscritta;

€ Fotocopia carta d'identità del richiedente e del disabile per il quale viene richiesto il contributo;

€ Autocertificazione/Dichiarazione (**ALLEGATO 1**);

€ Fotocopia verbale invalidità e/o verbale di accertamento Alunno con Disabilità;

€ Certificazione e Prescrizione del medico specialista (**ALLEGATO 2**);

€ Per gli ausili riconducibili al Nomenclatore Tariffario:
- Modello 03 di erogazione forniture protesiche;
- Programma Terapeutico;

€ **Documentazione medica** che evidenzi l'effettiva necessità dell'ausilio richiesto relativamente alle richieste:
- di ausili per non udenti (**esame audiometrico recente** per protesi acustiche)
- di ausili ad alto contenuto tecnologico con forte connotazione sanitaria
- di ausili destinati a compensare disabilità importanti per la guida dell'autoveicolo da parte di persone disabili

€ 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). In caso di ausili o strumenti acquistati tramite rateizzazione, qualora non fosse disponibile la fattura, è possibile presentare anche copia del contratto di finanziamento rilasciato dalla ditta fornitrice o dalla finanziaria;

€ Eventuale dichiarazione da parte dell'Azienda fornitrice, responsabile dell'installazione, della personalizzazione, dell'addestramento e del collaudo;

€ Modulo Consenso al trattamento dei dati personali

€ Altra documentazione, se ritenuta utile alla valutazione della richiesta.

_____ , _____
(Luogo) (Data)

Firma

_____

Dipartimento ASSI
Via Ricordi, 1 – 20131 – MILANO
Tel.02/8578.2464 fax 02/8578.6039
Sito: http://www.asl.milano.it

Regione Lombardia

ASL Milano

ALLEGATO 1

Autocertificazione/Dichiarazione

Dati identificativi della persona disabile:

Cognome e Nome:	
Data e luogo di nascita:	
Codice Fiscale:	
Indirizzo:	
Comune di residenza:	CAP:

Dati identificativi del familiare richiedente (se diverso):

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

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:
_____

dichiara di aver richiesto contributi per modifiche degli strumenti di guida dell'autoveicolo ai sensi dell'Art 27 della legge 104/92

Dipartimento ASSI
Via Ricordi, 1 – 20131 – MILANO
Tel.02/8578.2464 fax 02/8578.6039
Sito: http://www.asl.milano.it

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_____
_____

c)
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 _____

Dipartimento ASSI
Via Ricordi, 1 – 20131 – MILANO
Tel.02/8578.2464 fax 02/8578.6039
Sito: http://www.asl.milano.it

Regione Lombardia

ASL Milano

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/Decreto n. 12006 del 12/12/2014)

Si certifica che:
Nome e cognome del beneficiario_____
è affetto dalla seguente **diagnosi** (utilizzare la classificazione secondo ICD 10 o in subordine ICD 9) **(In caso di disturbi specifici dell'apprendimento è necessario indicare il grado della patologia (indicando i test eseguiti e il relativo punteggio)**:

_____
_____
_____
_____
_____

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'apprendimento[1]

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*)

_____
_____
_____
_____

Dipartimento ASSI
Via Ricordi, 1 – 20131 – MILANO
Tel.02/8578.2464 fax 02/8578.6039
Sito: http://www.asl.milano.it

Regione Lombardia

ASL Milano

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

_____

Dipartimento ASSI
Via Ricordi, 1 – 20131 – MILANO
Tel.02/8578.2464 fax 02/8578.6039
Sito: http://www.asl.milano.it

Regione Lombardia

ASL Milano

RIEPILOGO DOCUMENTI DA PRESENTARE
INDISPENSABILI PER PROCEDERE ALLA VALUTAZIONE DELLA DOMANDA

- € Domanda integralmente compilata e sottoscritta;
- € Fotocopia carta d'identità del richiedente e del disabile per il quale viene richiesto il contributo;
- € Autocertificazione/Dichiarazione (**ALLEGATO 1**);
- € Fotocopia verbale invalidità e/o verbale di accertamento Alunno con Disabilità;
- € Certificazione e Prescrizione del medico specialista (**ALLEGATO 2**);
- € Per gli ausili riconducibili al Nomenclatore Tariffario:
  - Modello 03 di erogazione forniture protesiche;
  - Programma Terapeutico;
- € La prescrizione da parte del medico specialista per i Ciechi e gli ipovedenti può essere richiesta presso i seguenti Centri di riabilitazione visiva funzionale reperibili anche sul sito ASL: http://www.asl.milano.it/ITA/Default.aspx?SEZ=2&PAG=135&NOT=6227

STRUTTURA SANITARIA	INDIRIZZO	CITTA'
AO San Paolo	Via Rudini, 8	Milano
Fondazione IRCCS Ca' Granda-Ospedale Maggiore Policlinico	Via F. Sforza, 35	Milano
AO Niguarda Ca' Granda	P.zza Ospedale Maggiore, 3	Milano

- € **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
- € 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). In caso di ausili o strumenti acquistati tramite rateizzazione, qualora non fosse disponibile la fattura, è possibile presentare anche copia del contratto di finanziamento rilasciato dalla ditta fornitrice o dalla finanziaria;
- € Eventuale dichiarazione da parte dell'Azienda fornitrice, responsabile dell'installazione, della personalizzazione, dell'addestramento e del collaudo;
- € Modulo Consenso al trattamento dei dati personali
- € Altra documentazione, se ritenuta utile alla valutazione della richiesta.

Dipartimento ASSI
Via Ricordi, 1 – 20131 – MILANO
Tel.02/8578.2464 fax 02/8578.6039
Sito: http://www.asl.milano.it