



COMUNE di PIGNATAROINTERAMNA
PROVINCIA DI FROSINONE
MEDAGLIA DI BRONZO AL VALOR CIVILE

Prot. n. *5490* del 09.08.2024

AVVISO PUBBLICO ANNO 2024

“Interventi a sostegno delle famiglie dei minori in età evolutiva nello spettro autistico *fino al dodicesimo anno di età*”

SCADENZA 20.10.2024

Si rende nota la Deliberazione di Giunta Regionale 28 dicembre 2018 n. 866 e del Regolamento Regionale del 15 settembre 2022 n.13, per l'attuazione della misura di sostegno economico alle famiglie con minori in età evolutiva nello spettro autistico fino e non oltre il compimento del dodicesimo anno di età.

Possono presentare domanda le famiglie con minori in età prescolare, **fino e non oltre il compimento del dodicesimo anno di età con diagnosi di Spettro Autistico**. Il contributo economico è assegnato esclusivamente a supporto di programmi psicologici e comportamentali strutturati: Applied Behavioural Analysis-ABA, Early Intensive Behavioural Intervention-EIBI Early Start 3 Denver Model ESDM; di programmi educativi: Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children-TEACCH, nonché degli altri trattamenti con evidenza scientifica riconosciuta mirati a modificare i comportamenti del bambino per favorire il migliore adattamento possibile alla vita quotidiana individuate dalla Regione nelle linee guida all'art.74, comma 1, della legge regionale n.7 del 2018.

Modalità di presentazione della domanda

Le Domande per l'ammissione alla misura vanno presentate presso il **Comune di Pignataro Interamna**, utilizzando la modulistica appositamente predisposta (**MODELLO A**), allegato al presente avviso.

All'istanza vanno allegati:

- a) Documentazione sanitaria attestante la diagnosi di disturbo dello spettro autistico;
- b) Attestazione ISEE in corso di validità e regolarità;
- c) Copia del documento di identità del richiedente in corso di validità;
- d) Copia del documento di identità del minore in corso di validità.

Le istanze possono essere presentate **a decorrere dal 08.08.2024 e fino al termine previsto al 20.10.2024.**

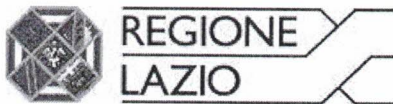
Chi è già fruitore del beneficio non dovrà presentare nuova istanza ma dovrà produrre certificazione ISEE in corso di validità.

Le domande pervenute oltre il termine indicato e quelle non debitamente sottoscritte dal richiedente o sprovviste della documentazione richiesta dal presente Avviso, saranno automaticamente escluse e non sottoposte alla valutazione multidimensionale.

Le famiglie sono tenute alla presentazione presso il comune di Pignataro Ineteramna della rendicontazione delle spese sostenute nell'anno 2024 (dal 1.01.2024 al 31.12.2024) per programmi psicologici e comportamentali strutturati (ABBA EIBI ESDM TEACH ecc), compilando apposito modulo (**MODULO C**), allegato al presente avviso, **entro il termine fissato al 31.01.2025**.



IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO
DOTT.SSA GABRIELLA EVANGELISTA



*Domanda di sostegno economico per famiglie
con minori nello spettro autistico fino al dodicesimo anno di età
Annualità 2024*

Al Comune di _____

**DOMANDA DI SOSTEGNO ECONOMICO PER FAMIGLIE CON MINORI
NELLO SPETTRO AUTISTICO FINO AL DODICESIMO ANNO DI ETÀ'**
(ai sensi del Regolamento Regionale 15 gennaio 2019, n. 1 e ss.mm.ii.)

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 e ss.mm.ii. - Avviso pubblico Consorzio dei comuni
del cassinate - Distretto Sociale D del 08/08/2024 - annualità 2024;

Si allega:

- a) Documentazione sanitaria attestante la diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico del minore;
- b) Documento aggiornato attestante l'indicatore della situazione economica equivalente ISEE del nucleo familiare del minore beneficiario;
- c) Copia del documento di identità del richiedente in corso di validità;
- d) Copia del documento di identità del minore in corso di validità.



*Domanda di sostegno economico per famiglie
con minori nello spettro autistico fino al dodicesimo anno di età
annualità 2024*

Allo scopo di dare attuazione alla valutazione multidimensionale di cui all'art. 10 del Regolamento Regionale n.1/2019 e ss.mm.ii., 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



DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE
AI FINI DEL SOSTEGNO ECONOMICO PER LE FAMIGLIE CON MINORI NELLO SPETTRO
AUTISTICO FINO AL DODICESIMO ANNO DI ETÀ
(ai sensi del Regolamento Regionale 15 gennaio 2019, n. 1 e ss.mm.ii.)

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;

Nominativo:



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:

1) 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 e ss.mm.ii.;

- 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 € _____ (importo in lettere _____)

2) di avere agli atti gli originali o copie conformi della documentazione di spesa sopra elencata, ai fini delle opportune richieste e controlli da parte dell'Ente;



MODALITA' DI PAGAMENTO DEL CONTRIBUTO

BONIFICO BANCARIO

Intestatario conto

--

Istituto bancario			
Indirizzo		Città	
Agenzia n°			
Coordinate Bancarie (Codice IBAN)			

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

È obbligatorio indicare la dicitura completa dell'istituto di credito e compilare tutte le 27 caselle relative al codice IBAN. In caso contrario potrebbe essere compromessa la regolarità e la tempestività del pagamento.

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 entro il 31.01.2025 al Comune di residenza, come disposto dall'Avviso pubblico del 08/08/2024 emanato dal Consorzio dei Comuni del cassinate - capofila del distretto socio-sanitario FR/D