



ASL FROSINONE

COMUNE DI  
PIGNATARO INTERAMNA

Prot. N. .... 3919 .....

Arr. il - 9 LUG. 2019

Risposto il .....

Prot. N. .... 2019 .....

REGIONE  
LAZIO

ATTO DELIBERATIVO N° 13

## AVVISO PUBBLICO

**CONTRIBUTO ECONOMICO per "Interventi a sostegno dei cittadini residenti nel Lazio affetti da patologie oncologiche e in lista d'attesa per trapianto di organi solidi o di midollo". D. G. R. n.305/2019"**

### La ASL DI FROSINONE RENDE NOTO

che la REGIONE sostiene i cittadini residenti nel LAZIO affetti da patologie oncologiche e i pazienti in lista di attesa per trapianto di organi solidi o di midollo tramite un contributo economico concesso agli stessi attraverso le Aziende Sanitarie Locali e secondo le modalità previste nell'Allegato "A" alla DGR 305/2019 con scadenza 31 luglio 2019 .

Si precisa che in fase di prima attuazione e in considerazione dell'entità dell'importo stanziato per detta finalità, il contributo sarà concesso esclusivamente alle persone che si trovano nelle condizioni di cui al comma 49 dell'art. 4, l.r. 13/2018, ovvero in condizione di forte svantaggio economico.

**Possono accedere al contributo economico i cittadini residenti nel Lazio che si trovano in una delle sotto indicate condizioni:**

- pazienti affetti da patologie oncologiche** che necessitano di trattamenti medici, clinici, di laboratorio, chirurgici e radioterapici presso strutture sanitarie regionali, le cui patologie sono certificate dai responsabili dei centri di riferimento oncologici o di strutture a valenza regionale o da altro dirigente sanitario da essi delegato;
- pazienti in lista di attesa per trapianto di organi solidi o di midollo**, che si sottopongono a tipizzazioni tissutali, a trapianti, a controlli periodici ed a interventi e ricoveri conseguenti ad eventuali complicanze.

Potranno presentare domanda di contributo anche coloro che abbiano col destinatario del contributo rapporti di parentela o affinità, entro il terzo grado, o di convivenza.

**Le domande dovranno essere corredate della sottoelencata documentazione:**

#### 1. per le persone affette da patologie oncologiche:

- documentazione attestante la residenza nella Regione Lazio;
- esenzione per patologia oncologica cod. 48;
- dichiarazione, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPCM n. 445/2000 e smi, attestante il grado di parentela o affinità o la condizione di convivenza con il destinatario del contributo nel caso in cui la domanda non venga presentata direttamente dall'interessato;

#### 2. per le persone in lista di attesa per trapianto di organi solidi o di midollo:

- documentazione attestante la residenza nella Regione Lazio;
- certificazione emessa da uno dei centri di riferimento presenti sul territorio nazionale di trovarsi nelle condizioni previste dall'art. 4, comma 48, lettera b);
- dichiarazione, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPCM n. 445/2000 e smi, attestante il grado di parentela o affinità o la condizione di convivenza con il destinatario del contributo nel caso in cui la domanda non venga presentata direttamente dall'interessato;

**Sia le persone affette da patologie oncologiche sia quelle in lista di attesa per trapianto di organi solidi o di midollo dovranno produrre idonea documentazione attestante una delle seguenti condizioni:**

1. **di trovarsi in condizione di forte svantaggio economico** (attestazione indicatore ISEE con valore non superiore a € 5.000,00);
2. **di avere perso il proprio posto di lavoro** (tale condizione potrà essere dimostrata anche attraverso la presentazione dell'ISEE corrente di cui all'art. 9 del DPCM n. 159/2013 e smi);
3. **di avere terminato il periodo di malattia retribuito riconosciuto dal contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL) e di aver dovuto ricorrere al periodo di aspettativa non retribuita.**

**Le richieste di accesso al contributo corredate della necessaria documentazione andranno presentate al Distretto Sanitario di competenza, presso il Punto Unico d'Accesso.** La Direzione del Distretto in collaborazione con il PUA provvederà all'istituzione di un apposito nucleo valutativo incaricato di procedere all'istruttoria delle domande pervenute e alla relativa valutazione.

Il PUA provvederà, inoltre, all'acquisizione del consenso informato degli utenti al trattamento dei dati forniti nella domanda finalizzato all'erogazione del contributo regionale, nel rispetto della normativa vigente in materia di trattamento dei dati personali.

Successivamente alla data di scadenza del presente Avviso Pubblico ciascun Distretto Sanitario di questa Asl trasmetterà l'elenco delle domande pervenute e la relativa valutazione alla Direzione Sanitaria aziendale.

A conclusione dell'istruttoria sul possesso dei requisiti di ammissibilità la ASL Frosinone trasmetterà gli esiti alla Direzione Regionale per l'Inclusione Sociale (entro 31 Ottobre 2019) che procederà all'assegnazione dei finanziamenti necessari alle Asl per soddisfare le richieste degli aventi diritto.

I dati personali di cui l'Amministrazione Regionale verrà in possesso in ragione della concessione dei contributi previsti dalla DGR 305/2019 confluiranno in un archivio, di cui è titolare la Regione Lazio – Giunta Regionale, che si riserva di raccogliere, trattare, comunicare e diffondere in forma aggregata i dati forniti, nei limiti e secondo le disposizioni dettate dal D. Lgs. n. 196/2003, "Codice in materia di protezione dei dati personali", nonché, dal Regolamento (UE) 2016/679 "Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati" (GDPR).

L'importo massimo del contributo da erogare a ciascun beneficiario non potrà superare l'importo annuale di € 2.000,00.

L'ASL di Frosinone, completato il piano delle assegnazioni, ne darà comunicazione ai beneficiari ed erogherà il contributo in un'unica soluzione agli stessi.

#### **Cause di esclusione e di decadenza del contributo**

Il presente contributo non è cumulabile con altri contributi erogati per le medesime finalità in base ad altre leggi nazionali o regionali. Sono esclusi dal contributo le persone non in possesso dei requisiti previsti dal presente atto.

Costituiscono cause di decadenza dal beneficio le condizioni sotto indicate se intervenute in data compresa tra la presentazione della domanda e l'erogazione del contributo:

- il decesso del beneficiario;
- la perdita dei requisiti di accesso;
- ricovero continuativo in hospice o altra tipologia di struttura residenziale a totale carico del SSR, o in strutture residenziali sociosanitarie.

**Il termine di scadenza per la presentazione delle istanze è il 31/07/2019.**

La domanda di richiesta di contributo dovrà essere protocollata entro il termine suindicato.

In allegato domanda di contributo.

Frosinone, li 01-07-2019

**IL DIRETTORE SANITARIO F.F.**

(Dott. Eleonorio D'Ambrosio)

**IL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

(Dott. Luigi Macchiuffa)



ASL  
FROSINONE



REGIONE  
LAZIO

**ASL FROSINONE**  
**DISTRETTO SANITARIO DI \_\_\_\_\_**  
*(ANAGNI-ALATRI/FROSINONE/SORA/ CASSINO-PONTECORVO)*  
**PUNTO UNICO D'ACCESSO di \_\_\_\_\_**

**Domanda di contributo anno 2019 per "Interventi a sostegno dei cittadini residenti nel Lazio affetti da patologie oncologiche e in lista d'attesa per trapianto di organi solidi o di midollo". D. G. R. n.305/2019"**

**Il richiedente (o assistito per il/la quale si avanza richiesta)**

Sig./ra nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_

Nata a \_\_\_\_\_ Pr. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Recapiti (cellulare /telefono fisso/altro) \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**Medico di Medicina Generale**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Recapito \_\_\_\_\_

**Specialista del SSN**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Recapito \_\_\_\_\_

**IN CASO DI RAPPRESENTANTE LEGALE (GENITORE, TUTORE, PROCURATORE, ECC.) DI PERSONA CHE FIRMA PER IMPEDIMENTO TEMPORANEO DEL RICHIEDENTE A SOTTOSCRIVERE - ART.4, D.P.R. 445/2000, COMPILARE ANCHE I SEGUENTI CAMPI:**

Sig./ra nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_

nata a \_\_\_\_\_ pr. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Recapiti (cellulare /telefono fisso/altro) \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**In qualità di:**

**1. Rappresentante legale del richiedente**

- Tutore.....
- Procuratore.....
- Altro.....

**2. Persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (specificare**

**il grado di  
parentela)** \_\_\_\_\_

**Per conto del richiedente**

**CHIEDE**

**Di beneficiare del contributo di cui alla Delibera di Giunta Regionale n°305/19**

**A tal fine allega:**

- Fotocopia tessera sanitaria
- Certificazione emessa da uno dei centri medica rilasciata da uno dei centri nazionali di trovarsi nelle condizioni previste dall'art.4,comma48,letterab) L.R.n.13/2018;
- Autocertificazione di residenza
- Esenzione per patologia cod. 048
- Dichiarazione, ai sensi degli artt. 46 e 47 DPCM 445/2000 e smi, attestante il grado di parentela o affinità o la condizione di convivenza con il destinatario del contributo nel caso in cui la domanda non venga presentata direttamente dal paziente.

**Il richiedente /rappresentante legale /persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente, consapevole delle sanzioni civili e penali in caso di dichiarazione mendace ai sensi art. 76 DPR 445/2000 smi**

**DICHIARA**

**(barrare la condizione presente)**

- Di trovarsi in condizione di forte svantaggio economico (allegata attestazione indicatore ISEE con valore non superiore a € 5.000,00);
- Di aver perso il proprio posto di lavoro (documentazione relativa)
- Di aver terminato il periodo di malattia retribuito riconosciuto dal contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL) e di aver dovuto ricorrere al periodo di aspettativa non retribuita (allegata idonea documentazione)

Il richiedente chiede che il contributo, in caso di riconoscimento, venga accreditato sul **proprio** conto corrente bancario o postale:

Banca/ Ufficio Postale \_\_\_\_\_

Agenzia \_\_\_\_\_

Codice IBAN \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

IL RICHIEDENTE/DICHIARANTE

\_\_\_\_\_

L'OPERATORE ASL

\_\_\_\_\_