



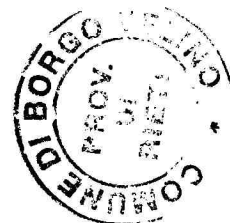
COMUNITA' MONTANA DEL VELINO

VI ZONA – PROVINCIA DI RIETI –

GESTIONE ASSOCIATA DEI SERVIZI SOCIALI – DISTRETTO RIETI 5

VIA ROMA 103 – 02019 POSTA (RI) – www.velino.it info@velino.it Tel 0746/951402 Fax 0746/951403 P.I.: 80018100570

ARR 100
Prot. 1844
2/5/2019



SOSTEGNO ALLE FAMIGLIE CON MINORI IN ETÀ EVOLUTIVA PRESCOLARE NELLO SPETTRO AUTISTICO

REQUISITI DI ACCESSO

L'avviso pubblico si rivolge a famiglie con minori in età evolutiva prescolare nello spettro autistico residenti nel territorio del Distretto Sociale Rieti 5.

Ai sensi della Determinazione regionale 31 dicembre 2018, n. G17743 e del Regolamento 15/01/2019, n. 1 ("Regolamento per la disciplina degli interventi a sostegno delle famiglie dei minori in età evolutiva prescolare nello spettro autistico") possono beneficiare della presente misura di sostegno economico le famiglie con **minori in età evolutiva prescolare, fino e non oltre il compimento del sesto anno di età, con diagnosi di disturbo dello spettro autistico**, che presentano formale richiesta attraverso il presente avviso pubblico.

MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

Per avere accesso al finanziamento i richiedenti dovranno compilare il modulo di domanda reperibile presso il PUA (Punto Unico di Accesso alle prestazioni sociali e sanitarie) del comune di residenza o degli altri comuni del territorio del Distretto Rieti 5, allegando:

- Certificazione ISEE del nucleo familiare del minore beneficiario determinata nel 2019 ai sensi della normativa vigente
- Diagnosi di disturbo dello spettro autistico
- Copia del documento di identità del richiedente e del destinatario dell'intervento.

Il modello di domanda dovrà essere compilato in ogni sua parte, sottoscritto dal richiedente e consegnato a mano e protocollato, completo della documentazione, presso il PUA (Punto Unico di Accesso alle prestazioni sociali e sanitarie) del comune di residenza o degli altri comuni del territorio del Distretto Sociosanitario Rieti 5 **ENTRO LA DATA DEL 28 GIUGNO 2019.**

VALUTAZIONE DELL'UTENTE E ATTIVAZIONE DEGLI INTERVENTI

La situazione dell'utente verrà valutata dalla Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale. In sede di valutazione verrà indicata la tipologia di intervento maggiormente appropriata al caso, in relazione al quadro diagnostico, diagnosi funzionale e al progetto terapeutico-riabilitativo predisposto dal TSMREE ASL Rieti. La famiglia potrà scegliere tra un centro qualificato che abbia professionisti presenti nell'apposito Albo regionale o i professionisti stessi qualora abbia optato per un intervento domiciliare. La proposta di ore di intervento finanziabili per ogni utente verrà indirizzata all'Ufficio di Piano del Distretto Rieti 5. Il nostro Ente rimborserà al Centro di cura o alla famiglia dell'utente l'importo sostenuto per gli interventi di cura, entro i limiti del fondo assegnato.

Ulteriori informazioni potranno essere richieste presso l'Ufficio di Piano della Comunità Montana del Velino con sede in Posta in Via Roma 101, presso l'Ufficio Servizi Sociali dei Comuni e i PUA (Punti unici di accesso alle prestazioni sociali e sanitarie) negli orari di sportello stabiliti.

Posta 29 Aprile 2019

 **IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO**
Mariano Foffo



REGIONE
LAZIO

LOGO COMUNE
Modello "A"

*Domanda di sostegno economico per famiglie
con minori in età evolutiva prescolare con disturbo dello spettro autistico*

**DOMANDA DI SOSTEGNO ECONOMICO PER FAMIGLIE CON MINORI IN ETÀ
EVOLUTIVA PREScolare NELLO SPETTRO AUTISTICO**
(ai sensi del Regolamento Regionale 15 gennaio 2019, n. 1)

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;

Si allega:

- Diagnosi di disturbo dello spettro autistico;
- Documento aggiornato attestante l'indicatore della situazione economica equivalente – ISEE del nucleo familiare del minore beneficiario;



REGIONE
LAZIO

LOGO COMUNE

Modello "A"

*Domanda di sostegno economico per famiglie
con minori in età evolutiva prescolare con disturbo dello spettro autistico*

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

Il presente modello debitamente compilato va consegnato secondo le modalità disposte dall'avviso pubblico n...del.... Emanato dal Comune/Ente capofila di distretto socio-sanitario.