



Città di Camerino
Provincia di Macerata

Settore Affari Generali
Ufficio Servizi Sociali

Prot.

Camerino 25 marzo 2020

AVVISO PUBBLICO

CONTRIBUTI ALLE FAMIGLIE CON PERSONE CON DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO - ANNO 2020 TEMPI E MODALITÀ PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

La Regione, con le deliberazioni di Giunta n. 1568/2019 e n. 185/2020 ha provveduto ad indicare i criteri per accedere al contributo regionale da parte delle famiglie con persone affette da disturbi dello spettro autistico per le spese sostenute per gli operatori specializzati che effettuano interventi educativi/riabilitativi basati sui metodi riconosciuti dall'Istituto Superiore della Sanità, secondo quanto indicato all'art. 11 della Legge Regionale 9 ottobre 2014, n. 25 "Disposizioni in materia di disturbi dello spettro autistico".

Modalità di presentazione delle domande e della rendicontazione

Entro il **9 maggio 2020** le famiglie con persone con disturbi dello spettro autistico, in possesso dei requisiti di cui alle deliberazioni di Giunta Regionale n. 1568/2019 e n. 185/2020, presentano al Comune di residenza la documentazione di seguito indicata:

- a) domanda di contributo, utilizzando il modello di cui all'Allegato "B" approvato con il Decreto del Dirigente del Servizio Politiche Sociali e Sport n. 55 del 17/03/2020, corredata da:
 - certificazione della diagnosi di autismo effettuata da uno dei soggetti di cui all'art. 5 comma 4, lett. b), c), d) ed e) e comma 5, lett. b), c), d) ed e) della L.R. n. 25/2014;
 - progetto educativo/riabilitativo predisposto da uno dei soggetti di cui all'art. 5 comma 4, lett. b), d) ed e) e comma 5, lett. b), d) ed e) della L.R. n.25/2014 da cui si desume la prescrizione degli interventi;
 - dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante le spese sostenute nel periodo 01.04.2019/31.03.2020 per gli operatori specializzati che hanno effettuato interventi educativi/riabilitativi basati sui metodi riconosciuti dall'Istituto Superiore della Sanità, utilizzando il modello di cui all'allegato "C" approvato con il Decreto del Dirigente del Servizio Politiche Sociali e Sport n. 55 del 17/03/2020. Le spese devono essere state sostenute ovvero pagate e quietanzate nel suddetto periodo nonché suffragate da documentazione fiscalmente valida e intestate al beneficiario o ad un familiare.

Sede provvisoria: via Le Mosse, 19/21 - 62032 Camerino (MC)
tel. 0737 631385

e-mail: info@comune.camerino.mc.it

PEC: protocollo@pec.comune.camerino.mc.it web <http://www.comune.camerino.mc.it>

C.F. 00276830437 partita IVA 00139900435



Camerino



Marchio di qualità
Turistico Ambientale del
Touring Club Italiano



Città di Camerino
Provincia di Macerata

Entro il **20 maggio 2020** i Comuni trasmettono agli Ambiti Territoriali Sociali le domande pervenute con la relativa documentazione.

Gli ATS a loro volta provvederanno ad inviare entro il **30 maggio 2020** le istanze alla Regione Marche - Servizio Politiche Sociali e Sport.

In considerazione dello stanziamento complessivo disponibile, pari ad € 398.000,00, il contributo verrà concesso, ai sensi delle suddette deliberazioni, a concorrenza del cento per cento dell'intero importo dichiarato quale spesa sostenuta per l'intervento e comunque non superiore al tetto di spesa ammissibile massimo per utente pari ad € 5.000,00. Qualora la spesa ammissibile complessiva fosse superiore allo stanziamento disponibile, le singole quote verranno riparametrate proporzionalmente alla disponibilità finanziaria.

Il contributo verrà erogato agli aventi diritto, per il tramite degli enti capofila degli Ambiti Territoriali Sociali a seguito dell'istruttoria delle domande effettuata dal Servizio Politiche Sociali e Sport.

Le domande, presentate dopo il termine stabilito, non saranno prese in considerazione.

Per eventuali informazioni contattare gli Uffici di Promozione Sociale o l'ATS AMBITO 18 -Tel. 0737/617515/16.

Il Responsabile
Dr. Francesco Maria Aquili

Sede provvisoria: via Le Mosse, 19/21 - 62032 Camerino (MC)
tel. 0737 631385

e-mail: info@comune.camerino.mc.it

PEC: protocollo@pec.comune.camerino.mc.it web <http://www.comune.camerino.mc.it>

C.F. 00276830437 partita IVA 00139900435



Camerino



Marchio di qualità
Turistico Ambientale del
Touring Club Italiano



Allegato "B"

**Spett. Sig. Sindaco
Comune di Camerino
Via Le Mosse, 19/21
CAP 62032 CAMERINO (MC)**

**DOMANDA DI CONTRIBUTO
PER INTERVENTI EDUCATIVI/RIABILITATIVI
PER PERSONE AFFETTE DA DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO
(ai sensi delle DGR n. 1568/2019 e n. 185/2020 e della L.R. 9 ottobre 2014, n. 25 - art. 11)**

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 a il
residente a in via n.
C.F.

CHIEDE

- che la presente domanda volta ad ottenere il contributo regionale per le spese sostenute per interventi educativi/riabilitativi basati sui metodi riconosciuti dall'Istituto Superiore della Sanità, prescritti da uno dei soggetti di cui all'art. 5 comma 4, lett. b), d) ed e) e comma 5, lett. b), d) ed e) della L.R. n.25/2014, ai sensi delle deliberazioni di Giunta regionale n. 1568/2019 e n.185 /2020, venga trasmessa per il tramite dell'ente capofila dell'Ambito Territoriale Sociale competente, entro i tempi stabiliti dal bando regionale, alla REGIONE MARCHE - Servizio Politiche Sociali e Sport al seguente indirizzo PEC: regione.marche.politichesociali@emarche.it

Si allega:

- a) Certificazione della diagnosi di autismo effettuata da uno dei soggetti di cui all'art. 5 comma 4, lett. b), c), d) ed e) e comma 5, lett. b), c), d) ed e) della L.R. n.25/2014;



- b) Progetto educativo/riabilitativo predisposto da uno dei soggetti di cui all'art. 5 comma 4, lett. b), d) ed e) e comma 5, lett. b), d) ed e) della L.R. n.25/2014, da cui si desume la prescrizione degli interventi;
- c) Allegato "C" Rendicontazione delle spese sostenute;
- d) Fotocopia, non autenticata, del documento di identità del dichiarante, in corso di validità.

Dichiaro altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs 30/06/2003 n. 196 in materia di protezione dei dati personali, che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito di questo procedimento per le finalità strettamente connesse alle funzioni istituzionali dell'Ente, per consentire un'efficace gestione dei procedimenti relativi all'espletamento delle suddette funzioni e nel rispetto dei limiti stabiliti dalle Leggi e dai Regolamenti e che i dati dichiarati verranno trattati in modo tale da contemplare le esigenze di tutela degli stessi con le esigenze di efficienza organizzativa degli uffici e di trasparenza dell'azione amministrativa.

Luogo e Data _____

Firma



Allegato "C"

RENDICONTAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE

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 a il
residente a in via n.
C.F.

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 interventi educativi/riabilitativi basati sui metodi riconosciuti dall'Istituto Superiore della Sanità ed è imputabile alle finalità per cui viene richiesto il contributo:

- 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 _____

