

## **anagrafe**

**Da:** "ambito19 fermo" <ambito19@comune.fermo.it>  
**Data:** martedì 15 ottobre 2019 11:08  
**A:** <ucvaldaso@ucvaldaso.it>; <info@comune.torresanpatrizio.fm.it>; <stefania.pasqualini@ucvaldaso.it>; <solidea.pieroni@ucvaldaso.it>; <albertocesetti@libero.it>; <anagrafe@comune.rapagnano.fm.it>; <info@comune.rapagnano.fm.it>; <comune@ponzanodifermo.org>; <protocollo@petritoli.net>; <affarigenerali@petritoli.net>; <sociale.pedaso@ucvaldaso.it>; <protocollo@comune.ortezzano.fm.it>; <servizidemografici@comune.ortezzano.it>; <segreteria.sindaco@ucvaldaso.it>; <moresco@ucvaldaso.it>; <ufficio.ragioneria@montottone.eu>; <servizi.demografici@montottone.eu>; <anagrafe.monterubbiano@ucvaldaso.it>; <monterubbiano@ucvaldaso.it>; <com.monterinaldo@provincia.fm.it>; <comune@monteleonedifermo.com>; <sociali@comune.montegranaro.fm.it>; <personale@comune.montegranaro.fm.it>; <protocollo@comune.montegiorgio.fm.it>; <antonietta.pulletti@comune.montegiorgio.fm.it>; <comune.montegiberto@tiscalinet.it>; <anagrafe@comune.montevidoncorrado.fm.it>; <protocollo@comune.montevidoncombatte.fm.it>; <servizidemografici@comune.montevidoncombatte.fm.it>; <segreteria@comune.montesanpietrangeli.fm.it>; <comune.mspietrangeli@virgilio.it>; <ragioneria@comunemontappone.it>; <info@comunemontappone.it>; <comune@monsampietromorico.net>; <info@comunemassafermana.it>; <maria.fuselli@comune-psg.org>; <anagrafe@comune.maglianoditenna.ap.it>; <gliberini@gmail.com>; <lapedona@ucvaldaso.it>; <segreteria@comune-grottazzolina.it>; <demografia@comune-grottazzolina.it>; <anag.grottazzolina@provincia.ap.it>; <info@comunefrancavilladete.it>; <protocollo@comunefalerone.it>; <servizisociali@comunefalerone.it>; <cristina.matteucci@comue-psg.org>; <carlo.giarritta@comune.fermo.it>; <campofilone@ucvaldaso.it>; <ragioneria@comunebelmontepiceno.it>; <barbara.turtu@ucvaldaso.it>; <servizi.sociali@altidona.net>  
**Allega:** Bando DISABILI SENSORIALI 2019-2020COMUNI.pdf; AllegatoB.pdf; AllegatoB1.pdf; AllegatoC.pdf; AllegatoC1.pdf; AllegatoD.pdf; AllegatoE.pdf; AllegatoF.pdf; AllegatoG.pdf; AllegatoH.pdf; AllegatoI.pdf  
**Oggetto:** BANDO DISABILI SENSORIALI 2019/2020

Ai Comuni dell'ATS XIX,

in allegato il bando per disabili sensoriali e i relativi moduli.  
Si prega la massima diffusione.  
Seguirà distribuzione del manifesto informativo.

Distinti Saluti

STAFF ATS XIX

**DOMANDA DI CONTRIBUTO PER INTERVENTI SOCIO ASSISTENZIALI A  
FAVORE DEGLI ALUNNI CON DISABILITÀ SENSORIALI**  
Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà  
(art. 46/47 DPR 28/12/2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... il .....  
residente a .....  
in via ..... n. .... Cap. ....  
Codice fiscale .....  
Tel. .... Cell. .... email: .....

presa visione della DGR n. 912 del 29.07.2019 "Interventi socio assistenziali a favore degli alunni con  
disabilità fisiche o sensoriali. Criteri per l'attuazione degli interventi e per il riparto delle risorse da trasferire  
agli Ambiti Territoriali Sociali - a.s. 2019/2020".

**CHIEDE**

in qualità di genitore/tutore, l'erogazione di un contributo per:

☒ assistenza all'autonomia e alla comunicazione in ambito domiciliare

☒ sussidi (batterie/pile per apparecchi acustici o altri strumenti similari)

☒ supporti per l'autonomia (computer, software e altri ausili tecnologici a condizione che siano  
espressamente dichiarati necessari nel PEI)

☒ adattamento testi scolastici (traduzione in braille, ingrandimento, adattamento per sintesi vocale, ecc.)

a favore di ..... nato/a a ..... il .....

Codice Fiscale (del minore) .....

con disabilità: ☒ uditiva ☒ visiva

in situazione di "gravità" (art 3, comma 3, L.104/92): ☒ sì ☒ no

**Allega alla presente la seguente documentazione:**

- copia del verbale di accertamento socio-sanitario previsto dalle leggi n. 381/70 (per i disabili sensoriali dell'udito) - n. 382/70 (per i disabili sensoriali della vista);
- copia del Piano Educativo Individualizzato (P.E.I.), vidimato dalla scuola, in cui venga descritta la necessità dell'intervento richiesto indicando la durata espressa in mesi e specificando il monte ore mensili necessario in ambito domiciliare (esclusivamente nella circostanza in cui l'alunno non sia titolare di PEI, la famiglia dovrà corredare la domanda di accesso al contributo, con il "Piano Didattico Personalizzato" redatto dal Consiglio di Classe da cui emerge il bisogno di intervento e le ore mensili da assegnare);
- Curriculum Vitae dell'Assistente didattico domiciliare con il visto eventuale da parte del soggetto che esercita le funzioni di rappresentanza e di tutela degli interessi dei disabili sensoriali;
- Copia del contratto con l'Assistente didattico domiciliare se già stipulato all'atto della domanda (altrimenti la copia dovrà essere trasmessa successivamente non appena stipulato);
- copia della carta o del permesso di soggiorno (solo per i cittadini extracomunitari);
- fotocopia, non autenticata, del documento di identità del dichiarante, in corso di validità.

**Per la richiesta di un contributo per i testi scolastici, oltre alla suindicata documentazione, occorre presentare:**

- relazione dettagliata della Scuola, redatta dall'insegnante di sostegno o altro referente scolastico, in cui si specificano i testi per l'a.s. 2020/2021 che necessitano di adattamento (traduzione braille, ingrandimento, adattamento per sintesi vocale, ecc.) con indicate le relative parti di testo che necessariamente devono essere oggetto di modifica e tipo di adattamento richiesto;
- preventivo rilasciato dal soggetto scelto per l'adattamento dei testi eventualmente validato dal soggetto che esercita le funzioni di rappresentanza e di tutela degli interessi dei ciechi e degli ipovedenti;

Luogo e data .....

Firma

**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 nell'anno scolastico 2019/2020 il minore frequenta la scuola:

☒ infanzia

☒ primaria

☒ secondaria di primo grado

☒ secondaria di secondo grado

classe ..... sez. ....

presso la scuola .....

sita in ..... Via ..... Cap. ....

- di ☒ usufruire / ☒ non usufruire dei fondi stanziati per l'intervento denominato "Integrazione scolastica" di cui alla L.R. 18/96;

- di ☒ usufruire / ☒ non usufruire di altri contributi analoghi derivanti da disposizioni normative regionali e/o statali o erogati da altri Enti.

- che le coordinate del conto corrente bancario/postale sono le seguenti:

☒ Conto corrente postale

☒ Conto corrente bancario

presso ..... Agenzia/filiale di .....

intestato a .....

Codice IBAN:

.....

Ulteriori dichiarazioni

.....

**ALLEGATO B 1**

**ALL'ENTE CAPOFILA  
DELL'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI:**

**DOMANDA DI CONTRIBUTO PER GLI INTERVENTI SOCIO ASSISTENZIALI  
A FAVORE DEGLI ALUNNI CON DISABILITÀ SENSORIALI**

**FREQUENZA DI SCUOLE O CORSI PRESSO ISTITUTI SPECIALIZZATI**  
Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà

**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà  
(artt. 46/47 DPR 28/12/2000, n. 445)**

Il/la sottoscritto/a ..... il .....  
nato/a a ..... in via ..... n. .... Cap. ....  
residente a .....  
Codice fiscale ..... email: .....  
Tel. .... Cell. ....  
con disabilità: ☒ **uditiva** ☐ **visiva**  
in situazione di "gravità" (art. 3, comma 3, L.104/92) : ☒ **sì** ☐ **no**

**A cura del genitore/tutore se l'alunno è minorenne:**

Il/la sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... il .....  
residente a ..... in via ..... n. .... Cap. ....  
Codice fiscale .....  
Tel. .... Cell. .... email: .....

in qualità di genitore/tutore di ..... il .....  
nato/a .....  
Codice Fiscale .....  
con disabilità: ☒ **uditiva** ☐ **visiva**  
in situazione di "gravità" (art 3, comma 3, L.104/92) : ☒ **sì** ☐ **no**

presa visione della DGR n. 912 del 29.07.2019 "Interventi socio assistenziali a favore degli alunni con disabilità fisiche o sensoriali. Criteri per l'attuazione degli interventi e per il riparto delle risorse da trasferire agli Ambiti Territoriali Sociali - a.s. 2019/2020".

**CHIEDE**

### **l'erogazione di un contributo per la frequenza:**

della scuola specializzata .....  
 sita in ..... Via ..... Cap .....  
 del ..... corso ..... presso ..... l'istituto ..... specializzato .....  
 sito in ..... Via ..... Cap .....

## 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,

- di ☒ usufruire / ☒ non usufruire di altri contributi analoghi derivanti da disposizioni normative regionali e/o statali o erogati da altri Enti.

- che le coordinate del conto corrente bancario/postale sono le seguenti:

⌘ Conto corrente postale

☞ Conto corrente bancario

presso ..... Agenzia/filiale di .....

intestato a .....

**Codice IBAN:**

**Allega alla presente la seguente documentazione:**

- copia del verbale di accertamento socio-sanitario previsto dalle leggi n. 381/70 (per i disabili sensoriali dell'udito) - n.382/70 (per i disabili sensoriali della vista);
- copia del Piano Educativo Individualizzato (P.E.I.), vidimato dalla scuola, in cui venga descritta la necessità dell'intervento richiesto ed indicata la durata del corso, la data di avvio e di fine del percorso scolastico o del corso, la scuola o l'istituto specializzato, la misura dell'intervento economico previsto;
- copia della carta o del permesso di soggiorno (solo per i cittadini extracomunitari);
- fotocopia, non autenticata, del documento di identità del dichiarante, in corso di validità.

Luogo e data

Firma



ALL'ENTE CAPOFILA  
DELL'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI:

**RICHIESTA AUTORIZZAZIONE PER L'ACQUISTO DI SUSSIDI E/O SUPPORTI PER  
L'AUTONOMIA E/O PER L'ADATTAMENTO TESTI SCOLASTICI**

Il/la sottoscritto/a .....

nato/a a ..... il .....

residente a .....

in via ..... n. .... Cap .....

Codice fiscale.....

Tel. .... Cell. .... email:.....

**CHIEDE**

in qualità di genitore/tutore **l'autorizzazione:**

☒ per l'acquisto di **sussidi** (batterie/pile per apparecchi acustici o altri strumenti similari)

☒ per l'acquisto di **supporti per l'autonomia** (computer, software e altri ausili tecnologici previsti dal PEI e debitamente motivati)

☒ per l'**adattamento dei testi scolastici** traduzione in braille, ingrandimento, adattamento per sintesi vocale, ecc.)

come specificato nel **preventivo di spesa** ☒ provvisto ☒ non provvisto del visto di un Associazione di una delle principali organizzazioni di tutela e di rappresentanza degli interessi dei disabili sensoriali

a favore di ..... nato/a a ..... il .....

con disabilità: ☒ uditiva ☒ visiva

**Allega alla presente la seguente documentazione:**

a) preventivo di spesa.

Luogo e data .....

Firma



ALLEGATO C1

ALL'ENTE CAPOFILA  
DELL'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI:

**RICHIESTA LIQUIDAZIONE ANTICIPO  
PER L'ADATTAMENTO TESTI SCOLASTICI**

Il/la sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... il .....  
residente a .....  
in via ..... n. .... Cap .....  
Codice fiscale.....  
Tel. .... Cell. .... email:.....

**CHIEDE**

in qualità di genitore/tutore **la liquidazione dell'anticipo per l'adattamento dei testi scolastici:**  
☒ **anticipo del 70% dell'importo autorizzato;**  
☒ **anticipo del 100% dell'importo autorizzato, in quanto presente un ISEE inferiore a € 10.632,94**  
come specificato nel **preventivo di spesa**  
a favore di ..... nato/a a ..... il .....  
con disabilità **visiva**

**Allega alla presente la seguente documentazione:**  
a) preventivo di spesa.

Luolo e data .....

Firma



## ALLEGATO D

ALL'ENTE CAPOFILA  
DELL'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI:

**RENDICONTAZIONE AI FINI DEL RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE PER  
L'ASSISTENZA ALL'AUTONOMIA E ALLA COMUNICAZIONE**  
Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà  
(artt. 46/47 DPR 28/12/2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... il .....  
residente a .....  
in via ..... n. .... Cap .....  
Codice fiscale .....  
Tel. .... Cell. .... email: .....

in qualità di genitore/tutore di .....  
nato/a ..... il ..... Codice fiscale .....  
con disabilità: ☐ uditiva ☐ visiva

## DICHARA

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 la quota oraria lorda, come da contratto stipulato con l'Assistente all'autonomia e alla comunicazione già trasmesso, è pari ad € .....

## e CHIEDE

con riferimento all'assistenza all'autonomia e alla comunicazione per i mesi di: .....

☐ che gli venga concesso il rimborso della spesa sostenuta per un importo pari ad € .....

☐ che gli venga anticipato l'importo pari ad € ..... in quanto presente un ISEE inferiore a € 10.632,94.

## Allega alla presente la seguente documentazione:

- documentazione contabile della spesa (fattura, ricevuta, nota spesa);
- quietanza del pagamento (chi ottiene l'anticipo in quanto presente un ISEE inferiore a € 10.632,94 la quietanza deve essere trasmessa dopo il pagamento);
- dichiarazione dell'Assistente all'autonomia e alla comunicazione che ha svolto l'intervento (All. E);
- foglio mensile delle presenze compilato dall'Assistente all'autonomia e alla comunicazione (All. F);

Luogo e data .....

Firma .....

ALL'ENTE CAPOFILA  
DELL'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI:

---

**DICHIARAZIONE DI SVOLGIMENTO DELL'INTERVENTO A DOMICILIO DI  
ASSISTENZA ALL'AUTONOMIA E ALLA COMUNICAZIONE**

**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà  
(artt. 46/47 DPR 28/12/2000, n. 445)**

Il/la sottoscritto/a .....

nato/a a ..... il .....

residente a .....

in via ..... n. .... Cap .....

Codice fiscale.....

Tel. .... Cell. .... email:.....

**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,

di aver svolto l'intervento di assistenza all'autonomia e alla comunicazione in favore di:

.....

nei mesi di .....

per n. ore .....

di aver percepito una somma pari a € .....

Si allega il "Foglio delle presenze" (All. F)

Luogo e data .....

Firma

---

ALL'ENTE CAPOFILA  
DELL'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI:

---

**DICHIARAZIONE DI SVOLGIMENTO DELL'INTERVENTO A DOMICILIO DI  
ASSISTENZA ALL'AUTONOMIA E ALLA COMUNICAZIONE**

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà  
(artt. 46/47 DPR 28/12/2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a .....

nato/a a ..... il .....

residente a .....

in via ..... n. .... Cap .....

Codice fiscale.....

Tel. .... Cell. .... email:.....

**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,

di aver svolto l'intervento di assistenza all'autonomia e alla comunicazione in favore di:

.....

nei mesi di .....

per n. ore .....

di aver percepito una somma pari a € .....

Si allega il "Foglio delle presenze" (All. F)

Luogo e data .....

Firma

---



**"INTERVENTI SOCIO ASSISTENZIALI A FAVORE DEGLI  
ALUNNI CON DISABILITÀ SENSORIALI - A.S. 2019/2020".**

ASSISTENZA ALL'AUTONOMIA E ALLA COMUNICAZIONE IN AMBITO DOMICILIARE

Foglio mensile delle presenze

MESE..... ANNO.....

NOME ASSISTENTE ALL'AUTONOMIA E ALLA COMUNICAZIONE .....

NOME ALUNNO.....

Data	ora inizio	ora fine	Totale ore attività didattica	Descrizione breve dell'attività	Firma dell'educatore	Firma della famiglia
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						

Data	ora inizio	ora fine	Totale ore attività didattica	Descrizione breve dell'attività	Firma dell'educatore	Firma della famiglia
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
<b>TOTALE ORE</b>						

Luogo e data .....

Firma .....

**ALL'ENTE CAPOFILA  
DELL'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI:**

\_\_\_\_\_

**RENDICONTAZIONE AI FINI DEL RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE PER  
I SUSSIDI E/O SUPPORTI ALL'AUTONOMIA**

Il/la sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... il .....  
residente a .....  
in via ..... n. .... Cap .....  
Codice fiscale.....  
Tel. .... Cell. .... email:.....

in qualità di genitore/tutore di.....  
nato/a.....il.....Codice fiscale.....  
con disabilità:      ☐ uditiva      ☐ visiva

**CHIEDE**

con riferimento all'intervento ☐ sussidi; ☐ supporti per l'autonomia:

☐ che gli venga concesso il rimborso della spesa sostenuta per un importo pari ad € .....

☐ che gli venga anticipato l'importo pari ad €..... in quanto presente un ISEE inferiore a € 10.632,94.

**Allega alla presente la seguente documentazione:**

- documentazione contabile della spesa (fattura, ricevuta, nota spesa);
- quietanza del pagamento (chi ottiene l'anticipo in quanto presente un ISEE inferiore a € 10.632,94 la quietanza deve essere trasmessa dopo il pagamento);

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

**RENDICONTAZIONE AI FINI DEL RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE PER  
L'ADATTAMENTO TESTI SCOLASTICI**

**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà  
(artt. 46/47 DPR 28/12/2000, n. 445)**

Il/la sottoscritto/a .....

nato/a a ..... il .....

residente a .....

in via ..... n. .... Cap .....

Codice fiscale.....

Tel.....Cell.....email:.....

in qualità di genitore/tutore di.....

nato/a a.....il .....

frequentante nell'anno scolastico 2019/2020 la classe ..... sez. .... presso la

Scuola sita in ..... Via..... Cap .....

**A cura del soggetto che ha ottenuto il 70% dell'importo autorizzato.**

**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,

☒ di aver pagato la spesa complessiva di € ..... per il servizio di adattamento dei testi scolastici realizzato da .....

**e CHIEDE**

☒ che gli venga liquidata la somma di € ..... a titolo di saldo, corrispondente al 30% della spesa complessiva di cui sopra.

**A cura del soggetto che ha ottenuto il 100% dell'importo autorizzato in quanto presente un ISEE inferiore a € 10.632,94**

**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,

ho di aver pagato al soggetto scelto per l'adattamento dei testi la somma complessiva di € ..... corrispondente al 100% dell'intero importo avuto in acconto.

**Allega alla presente la seguente documentazione:**

- documentazione contabile della spesa (fattura, ricevuta, nota spesa);
- quietanza del pagamento.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_





## ALLEGATO I

Alla Regione Marche  
Dirigente del Servizio Politiche Sociali e Sport  
Via Gentile da Fabriano, 3  
60125 Ancona

## RESOCONTO INTERVENTI PER ALUNNI DISABILI

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà  
(artt. 46/47 DPR 28/12/2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... il .....  
residente a .....  
in via ..... n. .... Cap .....  
Codice fiscale .....  
Tel. .... Cell. .... email: .....  
in qualità di coordinatore dell'ATS n. ....

## DICHARA

di aver interamente utilizzato le risorse trasferite dalla Regione Marche ammontanti ad  
€ ..... per l'attuazione degli interventi socio assistenziali a favore degli alunni con disabilità  
fisiche o sensoriali per l'a.s. 2019/2020 così suddivise:

- € ..... per gli interventi a favore degli alunni con disabilità sensoriali;
- € ..... per l'intervento a sostegno del trasporto scolastico per gli alunni con disabilità frequentanti la scuola secondaria di II° grado;
- € ..... ad integrazione delle risorse trasferite dal Servizio Politiche Sociali e Sport quale budget per l'anno 2020 per l'intervento denominato "Integrazione scolastica" di cui alla L.R. 18/96.

## Allega alla presente la seguente documentazione:

- Prospetto debitamente compilato trasmesso anche in formato Excel al seguente indirizzo:  
[crdd@regione.marche.it](mailto:crdd@regione.marche.it)

Luoogo e data .....

Firma