

## **anagrafe**

**Da:** "ambito19 fermo" <ambito19@comune.fermo.it>  
**Data:** venerdì 30 marzo 2018 12:00  
**A:** <roberta-p@tiscali.it>; "SABINA PACI" <sabina.paci@sanita.marche.it>; "COMUNITA' EUCATIVA L'ISOLA CHE NON C'E'" <lisolachenoncefermo@alice.it>; "COMUNITA' EUCATIVA L'ISOLA CHE NON C'E'" <lisolachenonce@alice.it>; "Marchetti Marco" <marco.marchetti@comune.fermo.it>; "Marchetti Marco" <marchettimarco9@gmail.com>; "Marconi Giuseppe" <giusmarc64@libero.it>; <ufficio.ragioneria@montottone.eu>; <anagrafe@comune.maglianoditenna.fm.it>; <servizi.demografici@montottone.eu>; <segreteria@comune.montesanpietrageli.fm.it>; <info@comune.rapagnano.fm.it>; <protocollo@comune.ortezzano.fm.it>; <sociale.pedaso@ucvaldaso.it>; <com.monterinaldo@provincia.fm.it>; <comune@monteleonedifermo.com>; <servizidemografici@comune.montevidoncombatte.fm.it>; <info@comune.torresanpatrizio.fm.it>; <albertocesetti@libero.it>; <anagrafe@comune.rapagnano.fm.it>; <maria.fuselli@comune-psg.org>; <comune@ponzanodifermo.org>; <affarigenerali@petritoli.net>; <servizidemografici@comune.ortezzano.fm.it>; <moresco@ucvaldaso.it>; <monterubbiano@ucvaldaso.it>; <sociali@comune.montegranaro.fm.it>; <sociale\_montegiorgio@libero.it>; <comune.mspietrangeli@virgilio.it>; <comune.montegiberto@tiscalinet.it>; <ragioneria@comunemontappone.it>; <comune@monsampietromorico.net>; <info@comunemassafermana.it>; <solidea.pieroni@ucvaldaso.it>; <lapedona@ucvaldaso.it>; <anag.grottazzolina@provincia.ap.it>; <info@comunefrancavilladete.it>; <protocollo@comunefalerone.it>; <campofilone@ucvaldaso.it>; <com.belmonte@provincia.ap.it>; <servizi.sociali@altidona.net>; <ragioneria@comunebelmontepiceno.it>; <carlo.giaritta@comune.fermo.it>; <anagrafe@comune.montevidoncorrado.fm.it>; "Traini Fiorella" <fiorella.traini@comune.fermo.it>; "ATS XIX A.S. SILIQUINI MICHELA" <michela.siliquini@comune.fermo.it>; "ATS XIX A.S. PECI GIORGIO" <giorgio.peci@comune.fermo.it>; "COMUNE di PORTO SAN GIORGIO A.S. ENRICOPANFILI" <e.panfili@comune-psg.org>; "Mennecozzi Deyna" <deyna.mennecozzi@comune.fermo.it>; "ATS XIX A.S. GIAMMARINI MARA" <mara.giammarini@comune.fermo.it>; "info ambito19" <info.ambito19@comune.fermo.it>; "Fiori Tania" <tania.fiori@comune.fermo.it>; "Comune di MONTEGIORGIO - DINA FELICIONI" <sociale\_montegiorgio@libero.it>; "enei lucia" <lucia.enei@comune.fermo.it>; "ATS XIX A.S. DE SANTIS GIOIA" <gioia.desantis@comune.fermo.it>; "Annalisa Di Muzio" <annalisa.dimuzio@comune.fermo.it>; "ufficio sil" <ufficio.sil@comune.fermo.it>; <ale.niki@tiscali.it>; "COMUNE di MONTEGRANARO A.S. AURORA CAROSI" <sociali@comune.montegranaro.fm.it>; <alberotalenti@libero.it>; "Fattoria sociale montepacini" <montepacini@gmail.com>; "CUTINI FORTUNATO" <anfass.fermana@libero.it>; "Associazione Una parte del mondo" <unapartedelmondoassociazione@gmail.com>; "Associazione Una parte del mondo" <unapartedelmondo@gmail.com>; "FILIPPIDEDEL FERMANO" <filippidedelfermano@gmail.com>; "ZERO GRADINI PER TUTTI" <saverio.verone@libero.it>; <cdef.riab@libero.it>; <alberotalenti@libero.it>; "Cser bottega delleidee" <bottega.idee@libero.it>; "Cser sant'andrea" <comunitasantandrea@gmail.com>; "Cser sant'elisabetta" <csersantaelisabetta@libero.it>; "Fattoria sociale montepacini" <jiusmar64@gmail.com>; <montepacini@gmail.com>; "ANFFAS fermana" <anffas.fermana@libero.it>  
**Allega:** informativa servizi.doc; avviso pubblico CONTRIBUTI AUTISMO- 2018.doc; Allegato C rendicontazione.docx; Allegato B domanda contributo.docx  
**Oggetto:** CONTRIBUTI AUTISMO 2018 - MODULI DOMANDA

Buongiorno,

si invia in allegato:

- l'informativa ai servizi
- l'Avviso Pubblico
- Moduli B - C per la richiesta del contributo

Cordiali saluti

L'Ufficio di Coordinamento dell'ATS XIX  
0734 603137



# AMBITO SOCIALE XIX



## **Informativa Legge Regionale n. 24/2014 "Disposizioni in materia di disturbi dello spettro autistico"**

### **art. 11 " Contributi alle famiglie con persone con disturbi dello spettro autistico – Anno 2018"**

La regione Marche con delibera n. 218 del 26/02/2018, ha definito i criteri per la concessione di contributi alle famiglie con persone con disturbi dello spettro autistico che si avvalgono di metodi riabilitativi riconosciuti dall'Istituto Superiore della Sanità e con decreto n. 29 del 13 /03/2018 ha stabilito i tempi e le modalità per la presentazione delle domande e contestuale rendicontazione.

Pertanto, possono usufruire dei contributi le famiglie che nel periodo

**1° Giugno 2017 – 31 Marzo 2018 hanno sostenuto delle spese per interventi educativi/riabilitativi, svolti da operatori specializzati, basati su metodi riconosciuti dall'Istituto Superiore della Sanità.**

L'intervento è rivolto unicamente a disabili, minorenni e maggiorenne, in possesso della certificazione sanitaria con diagnosi riconducibile ai disturbi dello spettro artistico.

Per coloro che non hanno ancora adempiuto all'obbligo scolastico la diagnosi deve essere stata effettuata negli ultimi 3 anni mentre successivamente ai 16 anni è valida l'ultima diagnosi effettuata durante la frequenza scolastica.

Possono beneficiare del contributo anche quei soggetti sotto i 30 mesi con diagnosi di "rischio" di disturbi dello spettro autistico.

Tale certificazione deve essere rilasciata dalle competenti UMEE/UMEA sia pubbliche, private e/o accreditate ASUR – UMEA – Centro regionale Autismo per l'età evolutiva/adulta – Dipartimento salute mentale.

Gli interventi educativi/riabilitativi, per i quali viene richiesto il contributo, devono essere stati prescritti da:

- Le UMEE/UMEA operanti in ciascuna area vasta;
- Dai centri ambulatoriali di riabilitazione pubblici e privati facenti funzioni UMEE;
- dalle UMEE dei centri accreditati ai sensi della legge 2000/20;
- dalle strutture di neuropsichiatria infantile delle Aziende sanitarie;
- dal Centro Regionale autismo per l'età adulta e età evolutiva;

# AMBITO SOCIALE XIX



- Dai centri ambulatoriali di riabilitazione pubblici e privati facenti funzioni UMEA;
- Dipartimenti di salute mentale dell'ASUR;

Sono ammesse a contributo le spese per:

- Terapia Cognitivo - Comportamentale;
- Interventi Cognitivo - Comportamentale;
- Supervisioni per gli interventi Cognitivo - Comportamentale;
- Terapia logopedia;
- Terapia psicomotoria.

Le famiglie interessate possono presentare domanda di contributo al proprio Comune di residenza, redatta su apposito modulo predisposto dalla regione marche **entro il 10 Maggio 2018**

**I comuni trasmettono entro il 21 Maggio 2018 agli Ambiti Territoriali sociali le domande pervenute con relativa documentazione; questi ultimi a loro volta provvederanno ad inviare entro il 31 Maggio le istanze alla Regione Marche e successivamente a seguito dell'istruttoria delle domande effettuata dal Servizio Politiche Sociali e Sport, verrà erogato il contributo agli aventi diritto.**

**I moduli per la domanda di contributo “B” e “C”, sono a disposizione sul sito della Regione Marche:**

**[http://www.regione.marche.it/RegioneUtile/Sociale/Disabilità#2742 Modulistica](http://www.regione.marche.it/RegioneUtile/Sociale/Disabilità#2742)**

Per l'Informa Handicap  
dell'ATS XIX  
Assistente Sociale  
Pina Marchetti



## **AMBITO TERRITORIALE SOCIALE XIX**

**Ente Capofila Comune di Fermo** - Comuni di Altidona, Belmonte Piceno, Campofilone, Falerone, Francavilla d'Ete, Grottazzolina, Lapedona, Magliano di Tenna, Massa Fermana, Monsampietro Morico, Montappone, Monte Giberto, Montegiorgio, Montegranaro, Monteleone di Fermo, Monte Rinaldo, Monterubbiano, Monte San Pietrangeli, Monte Vidon Combatte, Monte Vidon Corrado, Montottone, Moresco, Ortezzano, Pedaso, Petritoli, Ponzano di Fermo, Porto San Giorgio, Rapagnano, Servigliano, Torre San Patrizio.

### **AVVISO PUBBLICO**

**Legge Regionale n. 25/2014**

**“Disposizioni in materia di disturbi dello spettro autistico”**

**art. 11 “Contributi alle famiglie con persone con disturbi dello spettro autistico – Anno 2018”**

#### **Destinatari dell'intervento**

Possono usufruire dei contributi le famiglie che nel periodo

**1° GIUGNO 2017 – 31 MARZO 2018 hanno sostenuto delle spese per interventi educativi/riabilitativi, svolti da operatori specializzati, basati su metodi riconosciuti dall'Istituto Superiore della Sanità.**

L'intervento è rivolto unicamente a disabili, minorenni e maggiorenni, in possesso della certificazione sanitaria con diagnosi riconducibile ai disturbi dello spettro artistico.

Per coloro che non hanno ancora adempiuto all'obbligo scolastico la diagnosi deve essere stata effettuata negli ultimi 3 anni mentre successivamente ai 16 anni è valida l'ultima diagnosi effettuata durante la frequenza scolastica.

Possono beneficiare del contributo anche quei soggetti sotto i 30 masi con diagnosi di “rischio” di disturbi dello spettro autistico.

Tale certificazione deve essere rilasciata dalle competenti UMEE/UMEA sia pubbliche, private e/o accreditate ASUR – UMEA – Centro regionale Autismo per l'età evolutiva/adulta – Dipartimento salute mentale

Gli interventi educativi/riabilitativi, devono essere stati prescritti da:

- Le UMEE/UMEA operanti in ciascuna area vasta;
- Dai centri ambulatoriali di riabilitazione pubblici e privati facenti funzioni UMEE;
- Dalle UMEE dei centri accreditati ai sensi della legge 2000/20;
- Dalle strutture di neuropsichiatria infantile delle Aziende sanitarie;
- Dal Centro Regionale autismo per l'età adulta e età evolutiva
- Dai centri ambulatoriali di riabilitazione pubblici e privati facenti funzioni UMEA;
- Dai dipartimenti di salute mentale dell'ASUR;

#### **Sono ammesse a contributo le spese per:**

- Terapia Cognitivo - Comportamentale;
- Interventi Cognitivo - Comportamentale;
- Supervisioni per gli interventi Cognitivo - Comportamentale;
- Terapia logopedia;
- Terapia psicomotoria.

## **Domanda di contributo**

Le famiglie interessate possono presentare domanda di contributo al proprio Comune di residenza, redatta su apposito modulo predisposto dalla Regione Marche entro il **10 Maggio 2018**

### **Per ulteriori informazioni e la modulistica gli interessati rivolgersi presso:**

- il proprio Comune di residenza;
- lo SPORTELLO INFORMA HANDICAP sede operativa ATS XIX P.le Azzolino, 18, Fermo al n. di tel. 0734/603167- 0734/603174
- Centro Montessori – U. O. Disabili del Comune di Fermo tel. 0734/628782
- email: [ambito19@comune.fermo.it](mailto:ambito19@comune.fermo.it) – [info.acca@comune.fermo.it](mailto:info.acca@comune.fermo.it)
- consultando il sito web: [www.ambitosociale19.it](http://www.ambitosociale19.it)

**I moduli per la domanda di contributo “B” e “C”, sono inoltre a disposizione sul sito della Regione Marche:**

**[http://www.regione.marche.it/RegioneUtile/Sociale/Disabilità#2742\\_Modulistica](http://www.regione.marche.it/RegioneUtile/Sociale/Disabilità#2742_Modulistica)**

**Allegato “C”**

Spett. Sig. Sindaco \_\_\_\_\_  
Comune di \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ (città) \_\_\_\_\_

**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 veritieri, 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 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 \_\_\_\_\_  
- 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 € \_\_\_\_\_**

- 2) di non percepire / percepire altri contributi da altri Enti per lo stesso intervento (contributo concesso da.....importo di €.....);

Si allega:

- a) Copia della documentazione di spesa sopra elencata.

**Tale documentazione deve essere 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, Via Gentile da Fabriano n.3 - 60125 ANCONA - al seguente indirizzo PEC:  
[regione.marche.politichesociali@emarche.it](mailto:regione.marche.politichesociali@emarche.it)**

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 “B”**

Spett. Sig. Sindaco \_\_\_\_\_  
Comune di \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ (città) \_\_\_\_\_

**DOMANDA DI CONTRIBUTO  
PER INTERVENTI RIABILITATIVI  
PER PERSONE AFFETTE DA DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO**  
(ai sensi della DGR n. 218/2018 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**

- l'erogazione di un contributo regionale per le spese sostenute per interventi riabilitativi basati sui metodi riconosciuti dall'Istituto Superiore della Sanità, prescritti 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, ai sensi della DGR n. 218 del 26.02.2018;
- che la domanda 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, Via Gentile da Fabriano n.3 - 60125 ANCONA – al seguente indirizzo PEC: [regione.marche.politichesociali@emarche.it](mailto: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) 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

---