CONSORZIO SOCIALE RI/1
SABINA CARE - BEN ESSERE PERSONE

Via Tommaso Morroni, n. 28, 02100. RIETI,C.F. 90075000571, P.IVA 01162090573
email: consorziosocialeri1@aruba.it, pec:consorziosocialeri1@pec.it. Tel. 0746/268663

AVVISO PUBBLICO

CONTRIBUTI ALLE FAMIGLIE DEI MINORI IN ETA' EVOLUTIVA PRESCOLARE NELLO SPETTRO AUTISTICO

DGR LAZIO N. 866 del 28 DICEMBRE 2018 " Attuazione art. 74 della L.R. n. 7 del 22 Ottobre 2018 " Disposizioni per la semplificazione e lo sviluppo regionale", adozione del Regolamento Regionale n. 1 del 15 Gennaio 2019 per la disciplina degli Interventi a sostegno delle famiglie dei Minori in età evolutiva prescolare nello Spettro Autistico"

Con la determinazione 18 marzo 2019 n.G03047 si è provveduto ad indicare i criteri per accedere al contributo regionale- Annualità 2019, da parte delle famiglie con persone affette da disturbi dello spettro autistico per le spese sostenute per programmi psicologici e comportamentali strutturati e gli altri trattamenti con evidenza scientifica riconosciuta concordati in sede di valutazione multidimensionale.

Con il presente atto vengono di seguito individuate le procedure amministrative da porre in essere ai fini del conseguimento del contributo regionale da parte delle famiglie con persone con disturbi dello spettro autistico.

Destinatari dell'intervento

Possono beneficiare dei contributi 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 residenti nei Comuni afferenti il Consorzio Sociale RI/1 che ne presentano formale richiesta come di seguito specificato, relativamente alle spese sostenute per fruire di interventi educativi/riabilitativi, svolti da professionisti iscritti all' albo Regionale di cui all' art. 3 del Regolamento n. 1 del 15.01.2019, basati su metodi riconosciuti dall'Istituto Superiore della Sanità.

Presentazione della domanda e documentazione allegata

Le domande per l' ammissione alla misura di sostegno, secondo il modello A allegato " Domanda di sostegno economico per famiglie con minori in età evolutiva prescolare nello spettro autistico",

CONSORZIO SOCIALE RI/1
SABINA CARE - BEN ESSERE PERSONE

Via Tommaso Morroni, n. 28, 02100. RIETI,C.F. 90075000571, P.IVA 01162090573
email: consorziosocialeri1@aruba.it, pec:consorziosocialeri1@pec.it. Tel. 0746/268663

dovranno essere presentate presso il Consorzio Sociale RI/1 sito in Viale Morroni 28- cap 02100 oppure per mezzo pec consorziosocialeri1@pec.it, entro e non oltre il 30 Maggio 2019 ore 12,00.
La domanda deve essere corredata della seguente documentazione:

- Documento attestante l' indicatore della situazione economica equivalente ISEE in corso di validità;
- Documentazione attestante la diagnosi di disturbo dello spettro autistico rilasciata dalla competente Asl- Neuropsichiatria infantile o da centri privati accreditati;
- Documenti di identità del richiedente e del beneficiario dell' intervento ovvero del minore.

Il Consorzio Sociale RI/1 ha facoltà, entro i limiti del fondo assegnato, di provvedere alla riapertura semestrale dei termini dell' avviso pubblico, secondo le modalità del presente atto.
Tutte le domande che perverranno fuori termine o sprovviste totalmente o in parte della documentazione richiesta verranno escluse.

Finalità e natura della misura di sostegno

Il sostegno alle famiglie è inteso come contributo alle spese per trattamenti di cui all' art. 2 e 3 del Regolamento Regionale n. 1 del 15.01.2019, nell' ottica di supportare la tempestività, l' intensività e la specificità dell' intervento.
In considerazione dello stanziamento regionale disponibile, il sostegno economico assume la forma di contributo alla spesa già sostenuta dalla famiglia nel periodo compreso tra il 15 aprile 2019 e il 31 dicembre 2019 e viene concesso secondo i criteri delineati dal citato regolamento, comunque entro il tetto di spesa ammissibile massimo per utente pari a euro 5.000,00 annui.
Il tetto massimo è erogato con priorità ai nuclei familiari con un numero di figli nello spettro autistico superiori a 1 e con ISEE inferiore o pari ad euro 8.000,00.

Presa in carico e procedura di ammissibilità e valutazione

Il Consorzio Sociale Ri1 valuta l'ammissibilità delle domande e contatta il servizio Tutela Salute Mentale e Riabilitazione dell'età evolutiva (TSMREE) di competenza territoriale del minore per programmare l'effettuazione della valutazione multidimensionale, coinvolgendo la famiglia.
In sede di valutazione viene indicata la tipologia di intervento maggiormente appropriata al caso, in relazione al quadro diagnostico, diagnosi funzionale e al progetto terapeutico- riabilitativo predisposto dal TSMREE della Asl di Rieti. La famiglia può scegliere tra un centro qualificato che abbia nel suo

Via Tommaso Morroni, n. 28, 02100. RIETI,C.F. 90075000571, P.IVA 01162090573
email: consorziosocialeri1@aruba.it, pec:consorziosocialeri1@pec.it. Tel. 0746/268663

organico professionisti iscritti all'Albo Regionale dei professionisti con competenze ed esperienza nell'ambito dei trattamenti dei disturbi dello spettro autistico di cui all' art. 3 del regolamento n. 1 del 15/01/2019 BUR 17/01/2019 n. 6, o direttamente i professionisti (iscritti al suddetto albo Regionale) qualora abbia optato per un intervento domiciliare. L'operatore prescelto, che implementa programmi fondati sulla metodologia ABA (Applied Behavour Analysiss), opera obbligatoriamente sotto la supervisione di un consulente qualificato e iscritto all'albo. La famiglia, in sede di istanza, deve indicare chi siano i professionisti di entrambi i livelli e, data la complessità dei casi e il numero di ore di terapie settimanali, può indicare più di un tutor/ operatore/tecnico.
La valutazione viene effettuata ai sensi dell'art.10 del regolamento n. 1 del 15.01.2019, considerando le risorse e i servizi già attivi in favore della persona o comunque attivabili.

Rendicontazione da parte delle famiglie per le spese sostenute

Le famiglie devono presentare al Consorzio sociale RI/1 la rendicontazione delle spese sostenute utilizzando il modello C allegato entro il 31 gennaio 2020. La documentazione fiscalmente valida deve essere intestata al minore o ai rappresentanti legali dello stesso che hanno presentato richiesta di contributo alle spese. E' prevista da parte del Consorzio sociale RI/1 la congruità amministrativa e tecnica in termini di ammissibilità delle spese e rispondenza alle finalità di legge.
Qualora venga accertata la non veridicità delle dichiarazioni rese, il richiedente decadrà immediatamente dal beneficio concessogli con obbligo di restituzione delle somme sino a quel momento percepite. In tal caso il beneficiario non potrà più presentare per un anno altre richieste di contributi incorrendo anche nelle sanzioni previste dal codice penale e dalle legge speciali in materia.

Modalità di erogazione del contributo alle famiglie

Il contributo alle famiglie assegnatarie verrà liquidato dal Consorzio sociale RI/1 a conclusione delle verifiche di cui sopra. Il consorzio sociale presenterà alla Direzione Regionale Inclusione Sociale il prospetto riepilogativo secondo il modello D, delle misure di sostegno riconosciute alle famiglie e i dati relativi all' utenza entro il 30 marzo 2020. La direzione competente sulla base della rendicontazione presentata erogherà il saldo.

Decadenza del beneficio

CONSORZIO SOCIALE RI/1
SABINA CARE - BEN ESSERE PERSONE

Via Tommaso Morroni, n. 28, 02100. RIETI,C.F. 90075000571, P.IVA 01162090573
email: consorziosocialeri1@aruba.it, pec:consorziosocialeri1@pec.it. Tel. 0746/268663

Nel caso in cui il case manager evidenzia la non collaborazione o il mancato rispetto da parte dell' utente del programma di intervento concordato, previo invito alla famiglia nel continuare nel trattamento, si può sospendere o revocare la concessione del sostegno economico riconosciuto con provvedimento motivato del Consorzio Sociale RI/1.

Albo Regionale di cui all' Art. 3 del Regolamento n. 1 del 15.01.2019

Secondo il Regolamento n. 1 del 15.01.2019 è stato istituito l' Albo regionale dei professionisti con competenza ed esperienza nell' ambito dei trattamenti per i disturbi dello spettro autistico gestito dalla direzione regionale competente in materia di salute e integrazione socio- sanitaria che provvede anche al relativo aggiornamento.

L' Albo è pubblicato sul sito istituzionale della regione Lazio ed aggiornato in relazione alle nuove iscrizioni o alle eventuali cancellazioni secondo le procedure previste dal citato regolamento.

Relativamente ai titoli e requisiti, modalità di iscrizione, inserimento nell' albo, sospensione e cancellazione, si rimanda a quanto stabilito dal regolamento indicato.

Per ulteriori informazioni si prega fare riferimento ai seguenti recapiti:

0746.268663 Consorzio Sociale RI/1 tutti i mercoledì dalle 15,30 alle 17,30

Mail: consorziosocialeri1@aruba.it

Pec: consorziosocialeri1@pec.it

Responsabile del Procedimento: Direttore ad Interim Avv. Dott. Marco Matteocci

Rieti lì 12.04.2019

Il Direttore Ad Interim
Consorzio sociale RI/1
Dott. avv. Marco Matteocci

Firmato digitalmente da
MARCO MATTEOCCI
CN = MATTEOCCI MARCO
C = IT

REGIONE LAZIO

MODELLO C

Dichiarazione delle spese sostenute ai fini del sostegno economico per le famiglie con con minori in età evolutiva prescolare con disturbi dello spettro autistico

Al Consorzio Sociale RI/1

Via Tommaso Morroni n. 28 Rieti

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 .... il ....

residente a .... in via .... n. ....

C.F. ....

-vista la mia domanda, con numero identificativo.............., ammissibile all'erogazione del sostegno

economico con atto n....del... ;

-vista la valutazione multidimensionale effettuata;

Indicare il nominativo/i del professionista scelto, tra gli iscritti all'Albo regionale di cui all'art. 3 del Regolamento 15 gennaio 2019, n.1

Nominativo:.....

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:

- la documentazione di seguito indicata costituisce prova delle spese sostenute per i programmi psicologici e comportamentali strutturati e gli altri trattamenti con evidenza scientifica riconosciuta concordati in sede di valutazione multidimensionale, ai sensi del Regolamento regionale 1 del 15 gennaio 2019;

1)

- 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 avere agli atti gli originali o copie conformi della documentazione di spesa sopra elencata, ai fini degli opportune richieste e controlli da parte dell'Ente;

3) di non percepire contributi pubblici per le spese relative ai medesimi interventi

Modello "C"
DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE

MODALITA' DI PAGAMENTO DEL CONTRIBUTO

BONIFICO BANCARIO
Intestatario conto:

Istituto bancario			
Indirizzo		Città	
Agenzia n°			
	Coordinate Bancarie		

E' obbligatorio indicare la dicitura completa dell'istituto di credito e compilare tutte le 27 caselle relative al codice IBAN. In caso contrario potrebbe essere compromessa la regolarità e la empestività del pagamento.

Autorizzo il trattamento dei dati personali presenti nella domanda, 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 emanato dal Comune/Ente capofila di distretto socio-sanitario.

REGIONE LAZIO

MODELLO A

Domanda di sostegno economico per famiglie con minori in età evolutiva prescolare nello spettro autistico

Al Consorzio Sociale RI/1

Via Tommaso Morroni n. 28
Rieti

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:

a) Diagnosi di disturbo dello spettro autistico;

b) Documento aggiornato attestante l'indicatore della situazione economica equivalente – ISEE del nucleo famigliare del minore beneficiario.

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 emanato dal Comune/Ente capofila di distretto socio-sanitario.