



AMBITO TERRITORIALE SOCIALE XXIV

AVVISO

**Legge Regionale n. 25/2014 art. 11 -
Contributi alle famiglie con persone con disturbi dello spettro autistico
Anno 2017**

Destinatari dell'intervento

Possono usufruire dei contributi le famiglie con persone affette da disturbi dello spettro autistico, che nel periodo 1° ottobre 2016 – 30 maggio 2017 hanno sostenuto delle spese per interventi educativi/riabilitativi, svolti da operatori specializzati, basati su metodi riconosciuti dall'Istituto Superiore della Sanità.

Domanda di contributo

Le famiglie interessate possono presentare domanda di contributo al proprio Comune di residenza, redatta su apposito modulo (Allegato B), entro il 30 Giugno 2017, insieme alla dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante le spese sostenute, utilizzando il modello (Allegato C).

Il contributo verrà erogato agli aventi diritto, per il tramite dell'Unione Montana dei Sibillini, Ente Capofila dell'ATS XXIV, a seguito dell'istruttoria delle domande effettuata dal Servizio Politiche Sociali e Sport della Regione Marche.

Per ogni ulteriore informazione si rinvia alla DGR n. 493 del 16/05/2017.



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.493/2017 e della L.R. 9 ottobre 2014, n. 25 - art. 11)

Il/la sottoscritto/a il
nato/a a n.
residente a in via
C.F. email:
Tel. Cell.

in qualità di genitore/tutore di il
nato/a a n.
residente a in via
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. 493 del 16.05.2017;
- 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



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 _____



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 il
nato/a a in via n.
residente a
C.F. email:
Tel. Cell.

in qualità di genitore/tutore di il
nato/a a in via n.
residente a
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 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 _____
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

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 _____