

Oggetto: Domanda per Richiesta di Finanziamenti L.R. n. 23/99, art. 4, commi 4 e 5 (Decreto Direzione Generale Famiglia Conciliazione Integrazione e Solidarietà Sociale n. 12948 del 10/12/2010)

**NOME DELLA PERSONA DESTINATARIA DELL'INTERVENTO**

Cognome Nome	
Codice Fiscale	
Luogo e data di nascita	
Professione	
Comune di residenza	CAP
Indirizzo (via, n. civico)	
N° TELEFONICO (con pronta reperibilità)	CELL.
E-MAIL	FAX
E-MAIL certificata	

**DATI IDENTIFICATIVI DEL FAMILIARE RICHIEDENTE (se diverso dal destinatario)**

Grado di parentela con la persona destinataria dell'intervento	
Cognome Nome	
Luogo e data di nascita	
Professione	
Comune di residenza	CAP
Indirizzo (via, n. civico)	
N° TELEFONICO (con pronta reperibilità)	CELL.
E-MAIL	FAX
E-MAIL certificata	

**STRUMENTO PER IL QUALE VIENE RICHiesto IL CONTRIBUTO**  
**(è possibile presentare richiesta per UN SOLO STRUMENTO)**


**COORDINATE BANCARIE o POSTALI - IBAN**

In caso di esito positivo della domanda, a seguito dell'istruttoria effettuata dall'ASL, il sottoscritto chiede che l'accredito dell'importo riconosciuto avvenga attraverso le seguenti coordinate:

**intestatario del conto:** \_\_\_\_\_  
**codice fiscale intestatario** \_\_\_\_\_

paese	ID	CIN	Codice ABI	CAB sportello	Numero conto/libretto

**FORMULA DI CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI**

Il sottoscritto, acquisite le informazioni di cui l'articolo 13 del D. Lgs. n. 196/2003 (vedi informativa allegata), acconsente al trattamento dei propri dati personali, dichiarando di avere avuto, in particolare, conoscenza che i dati medesimi rientrano nel novero dei "dati sensibili" di cui all'articolo 4 della legge citata, vale a dire i dati "idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale".

Luogo ..... Data.....

Nome .....Cognome .....

Firma leggibile \_\_\_\_\_

## AUTOCERTIFICAZIONE / DICHIARAZIONE

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ sotto la propria responsabilità

- dichiara di **non** aver effettuato altre richieste di finanziamento pubblico o di messa a disposizione gratuita dell'ausilio oggetto della presente istanza
- dichiara di accettare la quota di compartecipazione al costo come previsto dall'art. 4 – commi 4 e 5 della L.R. 23/99
- autocertifica di non aver ricevuto negli ultimi 3 anni finanziamenti ai sensi dell'art. 4 – commi 4 e 5 della L.R. 23/99 (valido solo per l'acquisto di strumenti non legati all'area della domotica)
- dichiara la presenza dei seguenti ausili nonché del relativo supporto assistenziale già in dotazione alla persona disabile e/o alla sua famiglia: .....
- .....
- .....
- .....

Consapevole che la non veridicità del contenuto delle suddette autocertificazioni/dichiarazioni comporta la decadenza dei benefici ottenuti in base alla dichiarazione non veritiera ai sensi dell'art. 75 del DPR 445/2000.

Il dichiarante è consapevole che il rilascio di dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia (art. 76 del DPR 445/2000)

data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

### RIEPILOGO DOCUMENTI DA PRESENTARE

Allega i seguenti documenti:

1. Fotocopia **carta d'identità** (firmatario del modulo)
2. Dichiarazione sostitutiva di **certificazione di invalidità** (redatta secondo lo schema allegato) o, a discrezione dell'utente, sua eventuale fotocopia  
oppure  
dichiarazione sostitutiva della **certificazione di alunno disabile** (redatta secondo lo schema allegato) o, a discrezione dell'utente, sua eventuale fotocopia  
oppure  
**certificazione dello specialista** per patologie che causano disabilità e non sono necessariamente da accertare attraverso il verbale di invalidità o la certificazione di alunno disabile
3. Dichiarazione sostitutiva di **certificazione di legge 104/92 (se in possesso)** o, a discrezione dell'utente, sua eventuale fotocopia
4. **Prescrizione del medico specialista**
5. **Progetto sociale ed educativo individualizzato**  
Fotocopia del **preventivo o fattura/ricevuta fiscale** rilasciati da fornitori liberamente scelti, comprensivi delle specifiche tecniche e dei relativi costi degli strumenti (la fattura/ricevuta fiscale non deve essere datata antecedentemente i 12 mesi dalla data di presentazione della domanda ad esclusione dei casi in cui la richiesta già presentata nell'anno precedente non sia stata accolta per esaurimento fondi e venga ripresentata nuovamente per l'anno in corso)
6. Per gli ausili riconducibili al nomenclatore tariffario è necessario allegare **copia del modello 03 autorizzato** dall'ufficio Protesi del distretto di residenza se cartaceo, o **copia della stampa per la prescrizione effettuate on-line** direttamente dal medico proscrittore, con la quota posta a carico dall'utente.
7. **Scheda tecnica** dell'ausilio per cui viene richiesto il finanziamento
8. **Eventuale** dichiarazione da parte dell'Azienda fornitrice, responsabile dell'installazione, della personalizzazione, dell'addestramento e del collaudo
9. Altra documentazione, se ritenuta utile alla valutazione della richiesta.

Data..... Firma del richiedente \_\_\_\_\_

**N.B.: La completezza della documentazione sopra indicata è INDISPENSABILE al fine di consentire alla ASL di procedere alla valutazione della Vostra richiesta.**

**IL PRESENTE MODULO È DA RENDERE AL LATORE DELLA DOMANDA  
ED HA VALORE DI RICEVUTA**

Si dichiara che in data odierna il Signor .....  
nato a ..... il ..... residente a .....  
.....ha consegnato la domanda per richiesta di  
finanziamento L.R. 23/99 - Art. 4 - commi 4 e 5

Timbro Protocollo Generale  
ASL Provincia di Monza e Brianza \_\_\_\_\_

**In caso di invio tramite Raccomandata con Ricevuta di ritorno la domanda  
dovrà essere inviata a:**

**Asl Provincia di Monza e Brianza  
Servizio Disabili  
Casella Postale n. 75  
20900 Monza**

**In caso di invio tramite Posta Certificata è possibile utilizzare il seguente  
indirizzo di posta elettronica certificata (PEC)**

**[protocollo.aagg@pec.aslmb.it](mailto:protocollo.aagg@pec.aslmb.it)**

**INFORMAZIONI**

Per informazioni rivolgersi presso lo **sportello VAI** (Vita Autonoma e Indipendente)  
presente presso le sedi dei seguenti Distretti Socio Sanitari:

<b><u>Distretto di Carate Brianza</u></b> via Mascherpa, 14	0362-826.439 0362-826.433	<b>GIOVEDÌ</b>	dalle 14.30 alle 16.00
<b><u>Distretto di Desio</u></b> via Foscolo 24	0362-483.210	<b>GIOVEDÌ</b>	dalle 14.00 alle 16.00
<b><u>Distretto di Monza</u></b> via Boito 2	039-238.4458	<b>MERCOLEDÌ</b>	dalle 14.00 alle 16.30
<b><u>Distretto di Seregno</u></b> via Stefano da Seregno 102	0362-483.550 0362-483508	<b>MERCOLEDÌ</b>	dalle 9.00 alle 11,.00
<b><u>Distretto di Vimercate</u></b> Trezzo - p.le Gorizia 2	039-6353939 02-9200.2845	<b>da LUN a VEN GIOVEDÌ</b>	dalle 14.00 alle 15.00 dalle 9.00 alle 12.00

**Informativa: "Codice in materia di protezione dei dati personali" Decreto Lgs. 196, 30.06.2003** (copia per l'utente)

Egr. Sig. / Gent. Sig.ra, desideriamo informarLa che il D. Lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di dati personali" prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Ai sensi della legge indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e tutelando la Sua riservatezza e i Suoi diritti. In particolare, per i trattamenti di dati idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale, possono essere oggetto di trattamento solo con il consenso scritto dell'interessato e previa autorizzazione del Garante per la protezione dei dati (articolo 4 del D. Lgs. 196/2003).

Ai sensi dell'articolo 13 della legge predetta, Le forniamo quindi le seguenti informazioni.

1. Il trattamento che intendiamo effettuare:
  - a. riguarda i dati "sensibili", idonei a rilevare lo stato di salute
  - b. ha finalità di rilevante interesse pubblico di cui al Decreto Legislativo 196/03 in materia di handicap e rientranti nelle finalità istituzionali di questa ASL
  - c. sarà effettuato con le seguenti modalità: manuali e informatizzate con logiche strettamente correlate alla finalità stesse e comunque in modo da garantire la riservatezza e la sicurezza dei dati stessi
  - d. i dati, per la parte strettamente necessaria ai fini della redazione dell'istruttoria, saranno comunicati ad altri uffici ASL (Distretto Socio-Sanitario di competenza e Dipartimento ASSI Servizio Disabili), nonché in forma anonima alla Regione Lombardia
2. Il conferimento dei dati è obbligatorio (DGR 15452/2003) e loro eventuale mancato conferimento potrebbe comportare la mancata prosecuzione del rapporto.
3. Il titolare del trattamento è: Azienda Sanitaria Locale - Provincia di Monza e Brianza (V.le Elvezia, 2 – 20052 Monza)
4. Il responsabile del trattamento è: Direttore del Servizio Disabili
5. Al titolare del trattamento Lei potrà rivolgersi per far valere i Suoi diritti così come previsto dall'art. 7 e segg. del Decreto Lgs. 196/03.

**Art. 7 (Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti)**

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile
2. L'interessato ha diritto di venire a conoscenza:
  - a) dell'origine dei dati personali
  - b) delle finalità e modalità del trattamento
  - c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici
  - d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'art. 5, comma 2
  - e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto di ottenere:
  - a. l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse l'integrazione dei dati
  - b. la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati
  - c. l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
  - a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta
  - b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

Per l'esercizio dei diritti sopra ricordati, si fa espresso riferimento agli art. 8, 9, 10 del D. Lgs. 196/2003

**NOME DEL BENEFICIARIO**

Cognome Nome	
Luogo e data di nascita	
Comune di residenza	CAP
Indirizzo	

**DATI IDENTIFICATIVI DEL FAMILIARE RICHIEDENTE (se diverso dal beneficiario)**

Grado di parentela con il destinatario dell'intervento	
Cognome Nome	
Luogo e data di nascita	
Comune di residenza	CAP
Indirizzo	

Al fine di poter fruire dei benefici previsti dalla L.R. 23/99, consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni mendaci, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, il/la sottoscritto/a .....

**DICHIARA**

1. I seguenti stati, fatti, qualità personali :

- di essere stato riconosciuto invalido civile al .....% con diagnosi di ..... ..... come attestato da verbale emesso dalla ASL Provincia di Monza e Brianza – Distretto Socio Sanitario di ..... nella seduta del ..... rif. pratica nr. ....
--

oppure:

- di essere stato riconosciuto invalido civile al .....% con diagnosi di ..... ..... come attestato da verbale emesso dalla ASL di ..... Distretto di ..... nella seduta del ..... rif. pratica nr. ....
---

oppure:

- di essere stato riconosciuto invalido di: guerra <input type="checkbox"/> servizio <input type="checkbox"/> lavoro <input type="checkbox"/> con un grado di invalidità pari al .....% con una diagnosi di ..... come attestato da verbale emesso dall'Ente ..... di ..... nella seduta del ..... rif. pratica nr. ....
---

oppure:

- di essere stato certificato alunno disabile con diagnosi di..... ..... .... come attestato da documentazione rilasciata dall'Ente / Istituto .....con sede in .....data ..... rif. pratica nr. ....
--

2. che la documentazione sopra richiamata è in corso di validità.

data .....

firma .....

**PRESCRIZIONE**  
**per concorrere ai contributi collegati all'acquisizione di strumenti tecnologicamente avanzati**  
**(Legge Regionale n. 23/99, art. 4 commi 4 e 5)**

Il / la signor/a  
nato a \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_  
affetto da \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

riconosciuto disabile ai sensi dell'art. 3 della legge n. 104/92      si       no     

con una invalidità funzionale permanente di tipo:

motorio                      uditivo                      Visivo                        del linguaggio   

l'ausilio denominato (indicare sia l'ausilio che gli eventuali accessori es. software per i Disturbi Specifici dell'Apprendimento):

Tale ausilio avrà la finalità di:

- facilitare la comunicazione interpersonale
- facilitare l'elaborazione scritta o grafica
- facilitare il controllo dell'ambiente
- facilitare l'accesso all'informazione e alla cultura
- assistere la riabilitazione

**Si considera tale ausilio necessario per migliorare:**  
**(specificare le modalità)**

**integrazione sociale** .....

**integrazione lavorativa** .....

**integrazione scolastica** .....

**sviluppo autonomie** .....

**sollievo alla famiglia** .....

**riduzione carico assistenziale** .....

**Inoltre il suo utilizzo è conforme al progetto sociale ed educativo individualizzato (allegato alla presente) in quanto:**

Altre eventuali osservazioni:

Data .....

Firma e timbro dello Specialista

Medico (pubblico o privato) Specialista in .....  
(la specializzazione deve essere congruente con la disabilità)

Il sottoscritto dr. \_\_\_\_\_ si impegna a produrre, qualora richiesto dal Servizio Disabili della ASL – erogatore del contributo economico ai sensi della legge regionale 23/99 art. 4 comma 4 e 5 – come analisi di follow up, una relazione completa attestante l'avvenuta verifica di:

- raggiungimento degli obiettivi previsti dalla presente prescrizione
- variazione della situazione attuale
- necessità di individuare ulteriori obiettivi da raggiungere
- eventuale necessità di continuare l'utilizzo dello strumento al fine di raggiungere gli obiettivi in corso.

Firma e timbro dello Specialista .....

## PROGETTO SOCIALE ED EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO

(acquisizione strumenti tecnologicamente avanzati ai sensi L.R. 23/99, art. 4 commi 4 e 5)

### Anamnesi (del destinatario dell'intervento)

Cognome Nome
Luogo e data di nascita
Residenza
Occupazione:
Se studente, indicare la classe frequentata:

### Dati clinico anamnestici (età di insorgenza e gravità del sintomo e situazione attuale)


### Dati sociali (descrizione situazione familiare, attività quotidiane, ecc.)


**Finalità e Obiettivi:** Definire quali aree vengono coinvolte e le modalità operative di utilizzo dello strumento stesso e degli eventuali accessori – es.

<input type="checkbox"/> integrazione sociale
<input type="checkbox"/> integrazione scolastica
<input type="checkbox"/> sviluppo autonomia
<input type="checkbox"/> sollievo alla famiglia
<input type="checkbox"/> riduzione carico assistenziale

### Durata del progetto

Data di inizio del progetto:
Periodo entro il quale si pensa di realizzare gli obiettivi:

### Risultati attesi e modalità di verifica:

A livello individuale:

A livello familiare:
Altre osservazioni:

Data .....

Qualifica .....

(es. assistente sociale, educatore professionale, medico medicina generale, medico specialistica, psicologo, pedagogista o altri operatori di Enti Pubblici o privati)

Firma e timbro dell'estensore del progetto \_\_\_\_\_