

DOMANDA

**BANDO Legge regionale 23/99 – art. 4, commi 4 e 5 –
EROGAZIONE DI CONTRIBUTI ALLE FAMIGLIE DI PERSONE CON DISABILITA' O AL
SINGOLO SOGGETTO DISABILE PER L'ACQUISTO DI STRUMENTI TECNOLOGICAMENTE
AVANZATI – ANNO 2013 (Decreto n. 12794 del 30/12/2013).**

Dati identificativi della persona disabile:

Cognome e Nome:	
Data e luogo di nascita:	
Codice Fiscale:	
Indirizzo:	
Comune di residenza:	CAP:
Tel./Cell/Fax:	
Indirizzo mail:	

Dati identificativi del familiare richiedente (se diverso)

Cognome e Nome:	
In qualità di (Genitore, tutore,):	
Data e luogo di nascita:	
Indirizzo:	
Comune di residenza:	CAP:
Tel./Cell/Fax:	
Indirizzo mail:	

Strumento per il quale viene richiesto il contributo:

(Specificare in modo dettagliato lo strumento richiesto ad es. ausili, dispositivi domotici, adattamento autoveicoli, etc).

N.B. È possibile presentare la richiesta **per un solo strumento.**

_____, _____
(Luogo) (Data)

Firma

ALLEGATO 1

Autocertificazione/Dichiarazione

Dati identificativi della persona disabile:

Cognome e Nome:	
Data e luogo di nascita:	
Codice Fiscale:	
Indirizzo:	
Comune di residenza:	CAP:

Dati identificativi del familiare richiedente (se diverso):

Cognome e Nome:	
In qualità di (Genitore, tutore,):	
Data e luogo di nascita:	
Indirizzo:	
Comune di residenza:	CAP:

Al fine di poter fruire dei benefici previsti dalla L.R. 23/99, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendaci, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, Il/la sottoscritto/a _____, in nome di _____ (indicare il nome del disabile se la dichiarazione viene resa da familiare diverso) :

A U T O C E R T I F I C A E D I C H I A R A

i seguenti stati, fatti, qualità personali:

autocertifica di **non aver effettuato altra richiesta di finanziamento** pubblico o richiesta di messa a disposizione gratuita di ausilio e/o strumenti oggetto della presente istanza.

autocertifica di non aver ricevuto altri finanziamenti ai sensi dell'art. 4, commi 4 e 5, della L.R. 23/99 **negli ultimi tre anni per sé e per la persona disabile** (ad eccezione delle domande per dispositivi/sistemi domotici e di adeguamento/potenziamento dell'ausilio).

dichiara di **accettare la quota di compartecipazione** al costo della quota ammissibile dello strumento/ausilio richiesto

dichiara di avere già in dotazione, per sé o per il proprio familiare, i seguenti altri ausili:



Regione
Lombardia

ASL Milano

a) dichiara di essere stato riconosciuto **invalido civile** al _____% con diagnosi di _____

b) dichiara di essere stato riconosciuto **invalido civile** al _____% con diritto all'indennità di **accompagnamento** con diagnosi di _____

come attestato dal **verbale emesso dalla CMI (Commissione Medico Legale)** dell'ASL di _____ nella seduta del _____ rif. Pratica nr _____ di **cui si allega copia**

dichiara di essere stato riconosciuto invalido di:

guerra ☐ servizio ☐ lavoro ☐

con un grado di invalidità pari al _____% con una diagnosi di _____

come attestato dal verbale emesso dall'Ente _____ di _____ nella seduta del _____ rif. pratica nr. _____ di **cui si allega copia**

dichiara di essere stato certificato **Alunno con Disabilità** come attestato da verbale del _____ emesso dall'Asl di _____ come:

☐ persona in stato di handicap

☐ persona in stato di handicap grave

con una diagnosi di _____
Si allega copia verbale

Dichiara che la documentazione sopra richiamata è in corso di validità

Il sottoscritto_____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

ALLEGATO 2

CERTIFICAZIONE E PRESCRIZIONE DEL MEDICO SPECIALISTA

(per l'acquisizione di strumenti tecnologicamente avanzati ai sensi della Legge Regionale 23/99 art. 4 commi 4 e 5)

Si certifica che:

Nome e cognome del beneficiario _____

è affetto dalla seguente diagnosi (utilizzare la classificazione secondo ICD 10 o in subordine ICD 9):

Quadro funzionale:

Riconosciuto invalido civile: ☐ SI ☐ NO

Riconosciuto disabile ai sensi dell'art. 3 della Legge n. 104/92: ☐ SI ☐ NO

Riconosciuto Alunno Disabile ai sensi DPCM N. 185/2006 ☐ SI ☐ NO

Con una invalidità funzionale :

- ☐ motoria ☐ uditiva ☐ visiva ☐ psichica ☐ intellettiva
☐ della comunicazione ☐ specifica dell'apprendimento¹

¹ In caso di disturbi specifici dell'apprendimento è necessario indicare il grado della patologia (indicando i test eseguiti e il relativo punteggio).

Dati clinico anamnestici relativi al soggetto disabile:

Strumento tecnologicamente avanzato prescritto (è indispensabile indicare in modo chiaro e dettagliato il tipo di disturbo/disabilità, il quadro funzionale, il tipo di strumento specifico, l'utilizzo, evitando descrizioni generiche, al fine di consentire una valutazione di congruità)

PROGETTO INDIVIDUALIZZATO

Descrivere gli obiettivi attesi con riferimento al contesto socio-familiare in cui si sviluppa il progetto (integrazione sociale, lavorativa, scolastica o di sviluppo dell'autonomia - specificando in che termine-)

Finalità e Obiettivi:

Elementi rilevanti del contesto socio-ambientale e familiare:

Risultati attesi (comportamenti e competenze da acquisire a livello individuale e/o familiare):



Regione
Lombardia

ASL Milano

Motivazione della prescrizione (motivare la necessità e conformità dello strumento richiesto con il progetto individualizzato)

Medico Specialista in _____
(la specializzazione deve essere congruente con la disabilità)

Data _____

Firma e timbro del Medico Specialista

**RIEPILOGO DOCUMENTI DA PRESENTARE
INDISPENSABILI PER PROCEDERE ALLA VALUTAZIONE DELLA DOMANDA**

1. Domanda integralmente compilata e sottoscritta;
2. Fotocopia carta d'identità del richiedente e del disabile per il quale viene richiesto il contributo;
3. Autocertificazione/Dichiarazione (**ALLEGATO 1**);
4. Fotocopia verbale invalidità e/o verbale di accertamento Alunno con Disabilità;
5. Certificazione e Prescrizione del medico specialista (**ALLEGATO 2**);
6. Per gli ausili riconducibili al Nomenclatore Tariffario:
 - Modello 03 di erogazione forniture protesiche;
 - Programma Terapeutico;
7. La prescrizione da parte del medico specialista per i Ciechi e gli ipovedenti può essere richiesta presso i seguenti Centri di riabilitazione visiva funzionale reperibili anche sul sito ASL:

STRUTTURA SANITARIA	INDIRIZZO	CITTA'
AO San Paolo	Via Rudini, 8	Milano
Fondazione IRCCS Ca' Granda-Ospedale Maggiore Policlinico	Via F. Sforza, 35	Milano
AO Niguarda Ca' Granda	P.zza Ospedale Maggiore, 3	Milano
AO L. Sacco	Via G.B. Grassi, 74	Milano
IRCCS Auxologico San Luca San Michele	P.le Brescia, 20	Milano
Ospedale San Giuseppe Multimedica S.P.A	Via San Giovanni di Dio, 7	Milano
Fondazione IRCCS San Raffaele	Via Olgettina, 60	Milano

8. **Documentazione medica** che evidenzia l'effettivo possesso dei requisiti previsti dal bando relativamente alle richieste:
 - di ausili per non udenti (**esame audiometrico recente** per protesi acustiche)
 - di ausili ad alto contenuto tecnologico con forte connotazione sanitaria
9. Copia di preventivo o di fattura/ricevuta fiscale indicante l'elenco degli strumenti con il dettaglio tecnico ed il relativo costo (la fattura/ricevuta fiscale non dovrà essere antecedente 12 mesi dalla data di presentazione della domanda). In caso di ausili o strumenti acquistati tramite rateizzazione, qualora non fosse disponibile la fattura, è possibile presentare anche copia del contratto di finanziamento rilasciato dalla ditta fornitrice o dalla finanziaria;
10. Eventuale dichiarazione da parte dell'Azienda fornitrice, responsabile dell'installazione, della personalizzazione, dell'addestramento e del collaudo;
11. Altra documentazione, se ritenuta utile alla valutazione della richiesta.