**Modello “A”**

**DOMANDA DI SOSTEGNO ECONOMICO PER FAMIGLIE CON MINORI NELLO SPETTRO AUTISTICO FINO AL DODICESIMO ANNO DI ETA’ (0-12 anni)**

**(ai sensi del Regolamento Regionale 15 gennaio 2019, n. 1)**

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 “ *Regolamento per la disciplina degli Interventi a sostegno delle famiglie dei Minori in età evolutiva prescolare nello Spettro Autistico”;*

Si allega alla presente:

* Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente;
* Copia dell’ultima diagnosi di disturbo dello spettro autistico del/i minore/i;
* Autodichiarazione dello stato di famiglia;
* Eventuali certificazioni (L.104/92, verbale di invalidità, ecc.) di altre patologie del/i minore/i o di altri componenti del nucleo familiare;
* Autocertificazione circa la tipologia di servizi già attivi (si elencano, a titolo esemplificativo e non esaustivo: A.E.C., numero di ore di assistenza domiciliare, L.R. 20/06, disabilità gravissima, terapie riabilitative, altre forme di contributi economici) nella rete sociale e sociosanitaria a favore del minore per la quale si richiede il contributo;
* Documento in corso di validità attestante l’indicatore della situazione economica equivalente - ISEE - del nucleo familiare 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, ecc.)……….……………………………………

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Modello “C”**

**DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE**

**AI FINI DEL SOSTEGNO ECONOMICO PER LE FAMIGLIE CON MINORI NELLO SPETTRO AUTISTICO FINO AL DODICESIMO ANNO DI ETA’ (0-12 anni)**

**(ai sensi del Regolamento Regionale 15 gennaio 2019, n. 1)**

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 \_\_\_\_\_\_\_, ammessa all’erogazione del sostegno economico con atto n……...del………. ;

-vista la valutazione multidimensionale effettuata;

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

Nominativo/i:………………………………..……….

**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 allegare copia delle fatture sopra elencate e dei relativi bonifici di pagamento;

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

MODALITA’ DI PAGAMENTO DEL CONTRIBUTO

*N.B. l’intestatario del c/c deve coincidere con il richiedente, anche solo cointestante*

**BONIFICO BANCARIO**

Intestatario conto:

|  |  |
| --- | --- |
| Istituto bancario |  |
| Indirizzo |  | Città |  |
| Agenzia n° |  |  |
| Coordinate Bancarie(Codice IBAN) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 tempestività 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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_