

Allegato B

Alla c.a.
Ufficio Assistenza Protesica
ASL _____

**RICHIESTA DI CONTRIBUTO PER L'ACQUISTO DI
SISTEMI TECNOLOGICAMENTE AVANZATI
RIVOLTI ALL'AUTONOMIA E ALL'INTEGRAZIONE
ANNO 2008**

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ a _____

residente a _____ CAP _____

via/piazza _____ n. _____

tel 1 _____ tel 2 _____

e-mail _____

CHIEDE

l'erogazione di un contributo di €. _____ per:

acquisto, noleggio, abbonamento, leasing

di ausili per la comunicazione e l'informazione:

A) attrezzature informatiche da tavolo o portatili e relativi accessori

per la comunicazione, per lo studio, per il lavoro a domicilio

B) dispositivi domotici e per il controllo ambientale per il proprio alloggio

in affitto in proprietà

C) dispositivi tecnologici riconducibili con parziale costo a carico del N.T. vigente

E) Altra tipologia di strumenti per l'autonomia tecnologicamente avanzati (descrivere)

DICHIARA

A) di vivere:

se minore in famiglia, in comunità di tipo familiare
se adulto in famiglia, da solo, in convivenza (*)

(*) ad esempio: gruppo appartamento, casa famiglia, comunità alloggio sociosassistenziale, in convivenza con altra persona non familiare

e che il reddito (del nucleo familiare del minore o personale se maggiorenne) nell'anno 2007
è stato di €. _____

- di aver richiesto ed ottenuto un contributo per un progetto di vita indipendente (ex Legge 162/98) del quale progetto questa richiesta è parte,
- di aver richiesto ed ottenuto un contributo per un progetto di autonomia del quale progetto questa richiesta è parte
- di non aver fatto altra richiesta di finanziamento pubblico o messa a disposizione gratuita del dispositivo oggetto della domanda.

B) sul versante medico-legale

B1) di possedere il requisito per accedere al contributo previsto dalla DGR n° 4-6467 del 23 luglio 2007: (persona handicappata in stato di gravità – legge n. 104/92).

Inoltre dichiara:

B2) di essere già stato certificato:

- minore invalido con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni della propria età o ipoacusico
- minore invalido con impossibilità a deambulare senza la presenza di un accompagnatore
- minore invalido con necessità di assistenza continuativa non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita
- invalido civile adulto al 100% con accompagnamento
- cieco civile parziale o assoluto
- sordo civile – sordomuto

Oppure :

B3) di non essere ancora stato certificato, pur avendo già presentato domanda di riconoscimento in data _____, come appartenente ad una delle categorie più sopra indicate
(indicare la categoria _____)

PRENDE ATTO

a) che la domanda verrà valutata, secondo i criteri e le modalità stabiliti dal bando regionale (DGR n. 4-6467 del 23/7/2007) da parte della propria Azienda Sanitaria Locale (che si avvarrà dell'UVM - Unità di Valutazione Multidisciplinare in naccordo con l'Ufficio Protesi e, se necessario, della Ausilioteca di riferimento territoriale).

b) che il contributo di regola non sarà superiore a 1.500,00 euro, fatto salve condizioni specifiche documentate, come previsto nel citato bando regionale.

ESPRIME

il consenso al trattamento dei dati personali e di altri dati, relativi alla situazione personale/familiare, ritenuti necessari per il provvedimento, come previsto dal D. Lgs n° 196/2003 recante disposizioni in tema di tutela della privacy; autorizza inoltre la verifica di quanto sopra dichiarato sia attraverso il sistema informativo regionale "Passaporto delle abilità/Protesi" e sia attraverso documentazione disponibile presso la propria Azienda Sanitaria.

ALLEGA

- prescrizione di medico specialista di Azienda Sanitaria (Azienda Sanitaria Locale oppure Azienda Sanitaria Ospedaliera) compilata in tutte le sue parti come da modello allegato C alla DGR regionale;
- preventivo con una spesa pari o superiore ai 300,00 euro, e comprensivo di specifiche tecniche e di disponibilità dell'azienda fornitrice all'installazione, al collaudo e all'addestramento all'uso

data di presentazione _____

FIRMA

- il diretto destinatario dei dispositivi *
- il tutore, l'amministratore di sostegno,
- il rappresentante legale (genitore esercitante la patria potestà . . .)

nome e cognome _____ firma _____

nome e cognome _____ firma _____

*Firma di due testimoni in caso di impossibilità a firmare del diretto destinatario.

Si allega fotocopia di documento di riconoscimento n° _____ emesso da _____