SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 5

REGIONE LAZIO

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 5/6

*Modello A*

**DOMANDA DI SOSTEGNO ECONOMICO PER FAMIGLIE CON MINORI NELLO SPETTRO AUTISTICO FINO AL DODICESIMO ANNO DI ETÀ**
(ai sensi del Regolamento Regionale 15 gennaio 2019, n. 1 e ss.mm.ii.)

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. .....

**CHIEDE**

- l'erogazione di un contributo regionale per le spese sostenute per gli interventi di cui al Regolamento regionale 15 gennaio 2019, n. 1 e ss.mm.ii.;

Si allega **a pena di esclusione**:

- Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente e del minore;
- Certificazione sanitaria di diagnosi di disturbo dello spettro autistico, rilasciata dal TSMREE del territorio di residenza (Allegato 1);
- ISEE ordinario del nucleo familiare del minore in corso di validità;
- Autocertificazione dello stato di famiglia;
- Per i cittadini stranieri extra-EU: copia di permesso di soggiorno del richiedente in corso di validità;
- Per i tutori: copia del provvedimento di protezione giuridica che legittima l'istante a rappresentare il minore.

Qualora il rilascio della certificazione sanitaria di diagnosi di disturbo dello spettro autistico, rilasciata dal TSMREE del territorio di residenza (Allegato 1), dovesse richiedere un tempo superiore a quello di apertura del presente avviso, è prevista la possibilità di applicazione del soccorso istruttorio per ulteriori n. 10 (dieci) giorni oltre la data di scadenza del presente avviso.

Si precisa che l'Elenco dei professionisti, di cui all'art. 3 del Regolamento in oggetto, è pubblicato e consultabile sul sito istituzionale della Regione Lazio, anche per i relativi aggiornamenti, alla pagina di seguito indicata: https://www.salutelazio.it/sostegno-economico-alle-famiglie-con-minori-nello-spettro-autistico-fino-a-12-anni-di-et%C3%A0

Allo scopo di dare attuazione alla valutazione multidimensionale di cui all'art. 10 del Regolamento Regionale n.1/2019 e ss.mm.ii., comunico di seguito i riferimenti del servizio Tutela Salute Mentale e Riabilitazione dell'Età evolutiva che ha in carico il minore:

TSMREE – ASL - Distretto.....

Referente.....

Recapiti.....

Luogo e Data_____

Firma

_____

**INFORMATIVA PRIVACY** (art. 13 e 14 del G.D.P.R. 679/2016 – D. Lgs. 196/03 e ss.mm.)
I presenti dati personali sono raccolti al fine di poter assolvere ad adempimenti previsti da leggi nello svolgimento delle funzioni istituzionali per le finalità connesse alla gestione dell'istanza di cui in oggetto. I dati personali sono acquisiti prioritariamente dal Comune di residenza e/o da altri soggetti pubblici e il loro trattamento è svolto in forma cartacea e anche mediante strumenti informatici e telematici. Non è necessario il consenso al trattamento in quanto i dati sono trattati per un obbligo legale nell'esercizio di pubblici poteri dell'Ente. Il Titolare del trattamento è il Comune di ricezione della presente, avvalendosi anche di responsabili esterni e/o incaricati espressamente individuati. I dati possono essere comunicati nell'ambito degli altri uffici istituzionali e amministrativi, nonché conosciuti dai soggetti pubblici interessati ai procedimenti sanzionatori e di contenzioso, nonché dai privati nei casi e nei modi previsti dalle disposizioni normative in materia di accesso agli atti. L'informativa completa è acquisibile presso i rispettivi uffici comunali. L'interessato può esercitare i diritti come previsti dall'art. 12 del G.D.P.R. 679/2016.

Luogo e Data_____

Firma

_____

Il presente modello debitamente compilato va consegnato secondo le modalità disposte dall'avviso pubblico approvato con Determinazione n. 824 del 12/09/2024 emanato dal Comune di Colleferro in qualità di capofila del Distretto Sociosanitario RM5.6.

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 5

REGIONE LAZIO

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 5/6

*Allegato 1*

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE
U.O.C. TSMREE

# CERTIFICAZIONE SANITARIA PER L'ACCESSO AL SOSTEGNO ECONOMICO IN FAVORE DEI MINORI ENTRO IL DODICESIMO ANNO DI ETÀ CON DISTURBO DELLO SPETTRO DELL'AUTISMO (ICD10 F84.0)

**Si certifica che il minore:**

| |
|---|
| NOME: |
| COGNOME: |
| LUOGO E DATA DI NASCITA: |
| CODICE FISCALE: |
| RESIDENZA (COMUNE E INDIRIZZO): |
| DISTRETTO SOCIOSANITARIO: |

☐ **Presenta un Disturbo dello Spettro dell'Autismo (ICD10 F84.0)**

☐ **Presenta un Disturbo del Neurosviluppo associato a atipie nelle principali acquisizioni neuro-psicomotorie e comunicativo-linguistiche (ICD10 F84.9).** Valido solo per i minori fino a 3 anni

**Associato a :**

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Al fine di stabilire un punteggio di gravità, compilare la seguente tabella, estrapolata dalle schede per l'inserimento nella lista d'attesa unica (deliberazione aziendale ASL Roma 5 n° 73 del 28/01/2019).

## Criterio di Gravità nel Disturbo dello Spettro dell'Autismo (ICD10 F84.0)

| Condizioni di urgenza | | Punteggio |
|---|---|---|
| Urgenza<br>Punti 100 | ▪ I bambini 0 - 3 anni con Disturbo del Neurosviluppo associato a atipie nelle principali acquisizioni neuro-psicomotorie e comunicativo-linguistiche (ICD10 F84.9)<br>▪ L'età 3 – 6 anni<br>▪ La presenza di problematiche comportamentali | |
| Intervento Necessario<br>(finestra evolutiva)<br>Punti 100 | ▪ < 6 anni | |

| Condizioni di Priorità | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Fasce di età** | | **0- 2.11 mesi** | **3- 5,11 mesi** | **6- 10 Anni** | **>10 anni** | | Punteggio |
| Q.I. | < 70 | 100 | 100 | 100 | 100 | | |
| | > 70 | 100 | 100 | 50 | 50 | | |
| Competenze Comunicativo Linguistiche | Non verbale | 100 | 100 | 100 | 100 | | |
| | Verbale Basso | 100 | 100 | 75 | 75 | | |
| | Verbale Alto | 75 | 100 | 50 | 50 | | |
| Funzionamento Adattivo con riferimento all'età equivalente | Lievi: 6-12 mesi | 100 | 100 | 50 | 24 mesi | 50 | |
| | Moderati: >6-12 mesi | 100 | 100 | 100 | >24 mesi | 75 | |
| Problemi Comportamentali | Disturbo presente | 100 | 100 | 100 | 100 | | |

| | |
|---|---|
| **Totale Punteggio di Gravità** | |

Luogo e Data _____

Per l'équipe TSMREE

Firma NPI

_____

# DOMANDA DI SOSTEGNO ECONOMICO PER FAMIGLIE CON MINORI NELLO SPETTRO AUTISTICO FINO AL DODICESIMO ANNO DI ETÀ

(ai sensi del Regolamento Regionale 15 gennaio 2019, n. 1 e ss.mm.ii.)

## AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI FAMIGLIA

(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a (*cognome*)_____ (*nome*) _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

Codice fiscale _____

In qualità di:

☐ Beneficiario dell'istanza per Assegno di cura/Contributo di cura/Potenziamento Assistenza Domiciliare per persone affette da disabilità gravissima;
☐ Genitore;
☐ Tutore/Amministratore di sostegno;
☐ Care giver.

**(COMPILARE SOLO SE L'ALLEGATO E' PRESENTATO DA PERSONA DIVERSA DAL BENEFICIARIO)**

**richiedente per conto di:**

(*cognome*)_____ (*nome*) _____

nato a _____ prov. _____ il _____

Codice fiscale _____

consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D. Lgs. n.445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs.

DICHIARA

che lo stato di famiglia del sig. / della sig.ra _____

residente in Via/Piazza _____ n. _____

Comune _____ CAP _____

è il seguente:

| Cognome e nome | Luogo di nascita | Data di nascita | Rapporto di parentela |
|---|---|---|---|
| | | | |

Firma

Luogo e data, _____ _____