

Marca  
Da Bollo

**OGGETTO: DOMANDA DI ACCESSO AL CONTRIBUTO PER L'ACQUISTO O UTILIZZO DI AUSILI/STRUMENTI TECNOLOGICAMENTE AVANZATI DA PARTE DI PERSONE DISABILI O CON DISTURBI SPECIFICI DELL'APPRENDIMENTO- ANNO 2017**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI E DI ATTO DI NOTORIETA'**  
(Art. 46 e 47, D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445)

**Dati identificativi della persona disabile o con disturbi specifici dell'apprendimento**

<b>Cognome</b>	
<b>Nome</b>	
<b>Data e luogo di nascita</b>	
<b>Codice fiscale</b>	
<b>Comune di residenza</b>	
<b>Indirizzo</b>	
<b>Professione</b>	
<b>Telefono fisso</b>	<b>Cellulare</b>
<b>Indirizzo di posta elettronica - obbligatorio</b>	
<b>Documento di identità in corso di validità (carta di identità o documento equipollente ai sensi dell'art. 35 c. 2 del D.P.R. 445/2000)</b>	
Tipo documento _____	
Numero _____ rilasciato da _____	
il _____	

**Dati identificativi nel caso in cui la domanda non venga presentata direttamente dalla persona disabile**

<b>Cognome</b>	
<b>Nome</b>	
<b>In veste di</b> <input type="checkbox"/> Familiare, indicare grado di parentela: _____ <input type="checkbox"/> Amministratore di Sostegno <input type="checkbox"/> Tutore <input type="checkbox"/> Altro: _____	
<b>Data e luogo di nascita</b>	
<b>Codice fiscale</b>	
<b>Comune di residenza</b>	
<b>Indirizzo</b>	
<b>Professione</b>	
<b>Telefono fisso</b>	<b>Cellulare</b>
<b>Indirizzo di posta elettronica - obbligatorio</b>	
<b>Documento di identità in corso di validità (carta di identità o documento equipollente ai sensi dell'art. 35 c. 2 del D.P.R. 445/2000)</b>  <b>Tipo documento</b> _____ <b>Numero</b> _____ <b>rilasciato da</b> _____ <b>il</b> _____	

**TIPOLOGIA DI DISABILITA' DELLA PERSONA RICHIEDENTE**

1.  Cognitiva
2.  D'Apprendimento
3.  Fisica
4.  Sensoriale
5.  Plurima

**CHIEDE DI POTER BENEFICIARE DEL CONTRIBUTO PER**  
(barrare **una sola scelta** e compilare laddove richiesto)

1.  area domotica
2.  area mobilità
3.  area informatica
4.  altri ausili, tra cui ausili per non udenti e le protesi acustiche

per il finanziamento del seguente ausilio/strumento:

---

Le domande vengono valutate solo se prevedono una spesa pari o superiore a € 300,00. Il tetto massimo di spesa ammissibile è di € 16.000. Il contributo, se dovuto, è riconosciuto nella misura del 70% della spesa ammissibile entro i seguenti limiti:

- personal computer da tavolo o tablet comprensivi di software specifici, contributo massimo erogabile, comprensivo di software di base e di tutte le periferiche, € 400;
- personal computer portatile comprensivo di software specifici, contributo massimo erogabile, comprensivo di software di base e di tutte le periferiche, € 600;
- protesi acustiche riconducibili: contributo massimo erogabile € 2.000;
- adattamento dell'autoveicolo, compresi i beneficiari dell'art. 27 della legge 104/92, contributo massimo erogabile € 5.000.

<b>SEZIONE 1</b>
------------------

**DICHIARA**

(barrare **una sola scelta** e compilare laddove richiesto)

1a.  di non aver mai presentato domanda di contributo per l'acquisto di strumenti tecnologicamente avanzati ai sensi della l.r. 23/99;

1b.  di aver ottenuto il contributo per l'acquisto di strumenti tecnologicamente avanzati ai sensi della l.r. 23/99 nell'anno \_\_\_\_\_ per l'acquisto di

---

1c.  di aver fatto domanda, ma di non aver ricevuto il contributo per esaurimento delle risorse;

**SEZIONE 2**

**DICHIARA**

Solo se si è selezionata la scelta 1b, barrare una o più delle seguenti opzioni, altrimenti procedere con la sezione 3.

- 1b1.  vi è stato un aggravio nelle abilità della persona;  
 1b2.  è emersa la necessità di sostituire l'ausilio/strumento in quanto non più funzionante;  
 1b3.  richiesta su altra area rispetto alla precedente domanda.

**SEZIONE 3**

**DICHIARA**

(barrare **una sola scelta**)

- 2a.  di possedere un ISEE ordinario o socio-sanitario in corso di validità, o una DSU, rilasciato ai sensi del D.P.C.M. 159/2013, inferiore o uguale a € 20.000,00 ;  
 2b.  di possedere un ISEE ordinario o socio-sanitario in corso di validità, o una DSU, rilasciato ai sensi del D.P.C.M. 159/2013, superiore a € 20.000,00;

**SEZIONE 4**

**DICHIARA**

3.  di accettare la quota di compartecipazione al costo della quota ammissibile dello strumento/ausilio richiesto;  
 4.  di essere intestatario o cointestatario del seguente conto sul quale sarà liquidato il contributo richiesto, laddove riconosciuto;

Sigla internazionale	Numeri di controllo	Cin	ABI	CAB	Numero di conto corrente
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

5.  di non fruire di altri benefici economici sull'ausilio/strumento oggetto della richiesta di contributo, fatte salve le eccezioni previste dal regolamento regionale;
6.  di essere a conoscenza che, in caso di falsità in atti e/o di dichiarazioni mendaci, si è soggetti alle sanzioni previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia, secondo quanto disposto dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445, nonché alla revoca del beneficio eventualmente conseguito sulla base della dichiarazione non veritiera ai sensi dell'art. 75 del citato D.P.R. n° 445/2000;
7.  di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo di € 16 ai sensi del DPR.642/1972.

#### **A TALE SCOPO ALLEGA:**

- attestazione ISEE ordinario o socio-sanitario in corso di validità, o la DSU, ai sensi del DPCM 159/2013 **(in caso di presentazione di DSU, entro il 28/02/2017 dovrà essere presentata attestazione ISEE in corso di validità);**
- fotocopia non autenticata del documento di identità in corso di validità della persona disabile o del richiedente se diverso;
- progetto individualizzato (allegato 1C), condiviso con il beneficiario, redatto dal medico specialista (pubblico o privato) eventualmente in collaborazione con altri operatori dell'ASST, che evidenzia la finalizzazione dell'ausilio in modo esauriente. Può anche essere formulato dai servizi sociali territoriali (comunali) o da tecnici delle associazioni di categoria;
- autocertificazione della composizione del nucleo familiare convivente (vedi allegato 1B);
- autocertificazione di non fruizione di altri benefici economici sull'ausilio/strumento oggetto della richiesta di contributo, fatte salve le eccezioni previste dal regolamento regionale;
- copia del certificato di invalidità;
- copia, se disponibile, del verbale di accertamento dell'handicap ai sensi della legge 104/92;
- copia della certificazione alunno disabile;
- copia della certificazione DSA ai sensi della legge n.170/2010;
- copia della certificazione dello specialista per patologie che causano disabilità che non sono necessariamente accertate tramite verbale di invalidità, certificazione di alunno disabile o certificazione ai sensi della legge n. 170/2010;

- per le richieste di adeguamento/potenziamento dell'ausilio/strumento:
  - o dichiarazione medica che attestati la variazione delle abilità del disabile nei casi di aggravamento, oppure
  - o dichiarazione tecnica che attesti la necessità di sostituzione dell'ausilio/strumento non più funzionante;
- copia di fattura/scontrino/ricevuta fiscale dell'ausilio/strumento comprensivi delle specifiche tecniche del bene acquistato e dei relativi costi, con data non antecedente il 1/1/2015 ed indicanti il codice fiscale del destinatario del contributo;
- in caso di ausili/strumenti acquistati tramite rateizzazione, qualora non fosse disponibile la fattura, è possibile anche presentare copia del piano di rateizzazione rilasciato dalla ditta fornitrice o dalla finanziaria riportante il codice fiscale dell'acquirente, il numero delle rate, il loro ammontare e la scadenza ai fini della risoluzione del debito;
- in caso di acquisto di personal computer o tablet, autocertificazione dell'eventuale possesso di applicativi specifici per la compensazione della disabilità o delle difficoltà specifiche di apprendimento;
- dichiarazione dell'Azienda fornitrice, responsabile dell'installazione, di eventuale avvenuta personalizzazione, addestramento o collaudo;
- per la richiesta di finanziamento di protesi acustiche copia dell'esame audiometrico con data antecedente all'acquisto dell'ausilio/strumento;
- per gli ausili riconducibili al Nomenclatore Tariffario copia del modello 03 autorizzato dall'Ufficio protesi se cartaceo oppure copia della prescrizione effettuata on line direttamente dal medico prescrittore, entrambi con l'indicazione della riconducibilità.

***N.B. Ai fini della valutazione, della formulazione della graduatoria e dell'eventuale erogazione del contributo il richiedente AUTORIZZA il trasferimento di questa domanda dall'ASST all'ATS Val Padana, titolare dell'erogazione del contributo richiesto, che deferrà ed elaborerà i dati contenuti, secondo le modalità e i criteri del D. Lgs, n. 196/2003 "Codice per la protezione dei dati personali e sensibili".***

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma della persona disabile

Firma di colui che presenta domanda se diverso dalla persona disabile  
(barrare scelta effettuata)

---

Dichiara inoltre ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, di essere stato informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma

---

Spazio riservato all'ASST

Data protocollo domanda

N. protocollo

Classificazione
