

Spett.le ASL della Provincia Milano 2  
Dipartimento ASSI  
Servizio Famiglia e Persone Fragili  
U.O. FRAGILITA'  
Via Turati,4 - 20063 CERNUSCO s/N.

**Oggetto: domanda per il contributo alle famiglie di persone con disabilità o al singolo soggetto disabile per l'acquisto di strumenti tecnologicamente avanzati – L.R. 23/99 art. 4 – commi 4 e 5 – ANNO 2010 (Decreto Regionale n° 12948 del 10/12/2010)**

### **Dati identificativi della persona disabile**

|   |           |     |
|---|-----------|-----|
| Cognome                                 |           |     |
| Nome                                    |           |     |
| Data e luogo di nascita                 |           |     |
| Codice Fiscale                          |           |     |
| Comune di residenza                     |           |     |
| Indirizzo                               |           |     |
| Professione                             |           |     |
| Telefono                                | Cellulare | Fax |
| Indirizzo di posta elettronica (mail @) |           |     |

### **Dati identificativi del familiare richiedente (se diverso dal beneficiario)**

|  |           |     |
|--|-----------|-----|
| Cognome                                    |           |     |
| Nome                                       |           |     |
| Data e luogo di nascita                    |           |     |
| Indirizzo                                  |           |     |
| Comune di residenza                        |           |     |
| Grado di parentela con la persona disabile |           |     |
| Telefono                                   | Cellulare | Fax |
| Indirizzo di posta elettronica (mail @)    |           |     |

### **Tipologia dello strumento per il quale viene richiesto il contributo**

*(Specificare in modo dettagliato lo strumento richiesto. E' possibile presentare la richiesta per un solo strumento)*

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

## Autocertificazione/Dichiarazioni

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

autocertifica di **non aver effettuato altra richiesta di finanziamento** pubblico o richiesta di messa a disposizione gratuita di ausilio e/o ausili 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** (*ad eccezione delle domande per dispositivi/sistemi domotici*)

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:

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

consapevole che la non veridicità del contenuto delle suddette autocertificazioni/dichiarazioni comporti 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 .....

## FORMULA DI CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Il/la sottoscritto/a ai sensi del Decreto Legislativo n° 196/2003 "*Codice in materia di dati personali*" acconsente al trattamento dei propri dati personali al fine della valutazione della presente richiesta

Data .....Firma .....

**Si allegano i seguenti documenti:**

○ *copia del certificato di invalidità o della certificazione di alunno disabile o certificazione dello specialista per patologie che causano disabilità e non necessariamente da accertare attraverso il verbale di invalidità o la certificazione di alunno disabile*

○ *copia, se in possesso, del verbale di accertamento dell'handicap ai sensi della Legge 104/92*

○ *fotocopia della carta di identità del firmatario del modulo (richiedente)*

○ *prescrizione del medico specialista (pubblico o privato) che motivi la necessità e la conformità dello strumento/ausilio richiesto con il progetto sociale ed educativo individualizzato*

○ *progetto sociale ed educativo individualizzato contenente i dati clinico anamnestici della persona disabile, finalità e obiettivi da perseguire con la dotazione dello strumento richiesto*

○ *per gli ausili riconducibili al Nomenclatore Tariffario copia del “Modello 03 di erogazione forniture protesiche” autorizzato dalla ASL con la quota posta a carico dell'utente e della ASL e copia del “Programma Terapeutico”*

○ *per la richiesta di finanziamento di protesi acustiche copia recente dell'esame audiometrico*

○ *copia preventivo o fattura d'acquisto/ricevuta fiscale o, in caso di acquisto tramite rateizzazione, copia del contratto di finanziamento rilasciata dalle aziende liberamente scelte, comprensivi delle specifiche tecniche e dei relativi costi degli strumenti (la fattura/ricevuta fiscale o il contratto di finanziamento non devono essere antecedenti 12 mesi dalla data di presentazione della domanda ad esclusione dei casi in cui la richiesta già presentata l'anno precedente non sia stata accolta per esaurimento fondi e venga ripresentata nuovamente per l'anno in corso)*

○ *eventuale dichiarazione da parte dell'Azienda fornitrice del Responsabile dell'installazione, della personalizzazione, dell'addestramento e del collaudo*

**Firma del richiedente**

.....

Data.....