Piano di Zona S8
Comune Capofila di Vallo della Lucania

AMBITO TERRITORIALE S8
pec: pianosocialedizonavallo@legalmail.it
e-mail: protocolloambitos8@gmail.com

Allegato A – Modello di domanda

MODELLO DI RICHIESTA DI CONTRIBUTO ECONOMICO UNA TANTUM PER IL SOSTEGNO ALLE FAMIGLIE DEI MINORI NELLO SPETTRO AUTISTICO IN ETÀ PRESCOLARE E FINO AL COMPIMENTO DEL 18°ANNO DI ETA' – ANNO 2026

Al Coordinatore dell'Ambito Territoriale Sociale S8
Dott. Riccardo Coppola

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ via _____
C.F. _____ Cittadinanza _____
Tel. _____ E-mail _____

in qualità di:

☐ genitore esercente la responsabilità genitoriale

☐ tutore

☐ altro rappresentante legale (specificare)

del minore (specificare) _____

CHIEDE

in qualità di soggetto richiedente e nell'interesse del minore sopra indicato, l'ammissione alla misura di sostegno prevista dall'Avviso Pubblico e, in caso di collocazione utile in graduatoria e di disponibilità delle risorse, l'erogazione di un contributo totale o parziale per le spese ammissibili sostenute nell'anno dal 01 Gennaio 2026 al 31Ottobre 2026 per i trattamenti di cui all'art. 1 dell'Avviso.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali ed amministrative previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi, o contenenti dati non rispondenti a verità, sotto la propria responsabilità, essendo a conoscenza della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti all'emanazione del provvedimento sulla dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 75 del medesimo D.P.R.,

DICHIARA

1. Che l'importo dell'ISEE sociosanitario in corso di validità del nucleo familiare del minore beneficiario è pari ad € _____;
2. Che i servizi erogati riconducibili a trattamenti riabilitativi, psicologici, educativi e comportamentali e degli eventuali interventi domiciliari cui il minore è sottoposto, con indicazione del soggetto erogatore e del periodo di riferimento, sono i seguenti:

_____
_____
_____

Piano di Zona S8
Comune Capofila di Vallo della Lucania

AMBITO TERRITORIALE S8
pec: pianosocialedizonavallo@legalmail.it
e-mail: protocolloambitos8@gmail.com

3.Che gli interventi di manutenzione e riparazione eseguiti da artigiani o altri operatori del settore, compresi, a titolo esemplificativo, idraulici e falegnami, qualora resi necessari da danni materiali arrecati dal minore nell'ambito familiare e direttamente connessi alle esigenze assistenziali correlate alla sua condizione, sono i seguenti:

_____

_____

4. Riferimenti della Direzione di Neuropsichiatria Infantile che ha in carico il minore:
(ASL, Distretto) _____
Medico/Specialista prescrittore _____
Telefono/e-mail _____

5.di essere a conoscenza che l'importo del contributo è determinato in base alla collocazione in graduatoria prevista dall'Avviso, entro il massimale applicabile, nei limiti delle spese ammissibili documentate e delle risorse finanziarie disponibili;

6. che il nucleo familiare è composto da n. _____ minori con diagnosi di disturbo dello spettro autistico, compreso il minore beneficiario della presente domanda

7 di essere a conoscenza che la presente domanda non comporta automaticamente il riconoscimento del contributo, essendo l'ammissione al beneficio subordinata alla verifica dei requisiti, alla formazione della graduatoria e alla disponibilità delle risorse finanziarie;

8. di non aver ottenuto, né richiesto, per le medesime spese, i medesimi trattamenti e il medesimo periodo di riferimento, altri contributi o misure di sostegno pubbliche aventi la medesima finalità, ovvero di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'Ufficio di Piano l'eventuale ottenimento di tali contributi;

9. di impegnarsi, in caso di ammissione al beneficio, a presentare entro il termine previsto dall'Avviso la documentazione necessaria ai fini della rendicontazione delle spese sostenute.

Luogo e data _____

Firma del richiedente/familiare_____
e/o tutore/amministratore di sostegno _____

ALLEGA

- Certificazione rilasciata dal medico specialista/prescrittore o dalla Direzione del Servizio di Neuropsichiatria Infantile, **attestante l'avvenuta effettuazione dei trattamenti oggetto della rendicontazione.**
- Certificazione di presa in carico rilasciata dall'Assistente Sociale del Servizio Sociale Professionale dell'Ambito Territoriale S8, competente per il Comune di residenza del beneficiario.
- Verbale/certificato INPS attestante il riconoscimento della condizione di disabilità in situazione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge 104/1992, con riferimento al disturbo dello spettro autistico.
- fotocopia di un documento di identità in corso di validità del soggetto richiedente;
- fotocopia di un documento di identità in corso di validità del minore;
- documentazione attestante la titolarità della responsabilità genitoriale, della tutela o della rappresentanza legale, ove necessaria;
- Dichiarazione attestante la presenza, all'interno del medesimo nucleo familiare, di più minori con diagnosi di disturbo dello spettro autistico, ove presenti;
- attestazione ISEE Socio Sanitario in corso di validità per l'anno 2026;
- indicazione del conto corrente bancario o postale, con relativo codice IBAN, sul quale accreditare tramite bonifico il contributo economico rilasciato dall'Ambito Territoriale S8.