



Regione
Lombardia

ASL Lodi

DIPARTIMENTO ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA INTEGRATA
Servizio disabilità, emarginazione ed integrazione sociale

(L.R. 23/99 - ART. 4, COMMI 4 E 5)
CONTRIBUTI ALLE FAMIGLIE DI PERSONE CON DISABILITÀ
O AL SOGGETTO DISABILE
PER L'ACQUISTO DI AUSILI TECNOLOGICAMENTE AVANZATI ANNO 2011

Come negli anni scorsi la Regione Lombardia intende promuovere l'acquisto, anche in regime di noleggio, affitto, leasing o abbonamento, di tecnologie (ivi comprese quelle comunemente definite col termine di "domotica"), finalizzate al miglioramento dell'accessibilità all'ambiente domestico, a favorire l'autonomia, l'integrazione e il reinserimento sociale, professionale o scolastico della persona con disabilità. In particolare per i soggetti con Disturbo Specifico d'Apprendimento lo strumento tecnologico richiesto deve facilitare i percorsi didattici degli studenti favorendo lo studio a domicilio. Le persone disabili, senza alcun limite di età, che vivono da sole o in famiglia, possono presentare domanda all'Asl di residenza; è consentito chiedere contributo per un solo strumento che prevede una spesa pari o superiore a 260 € ed il contributo concesso è generalmente nella misura del 70% della spesa ammissibile calcolata con l'aliquota dell'IVA agevolata al 4% (compatibilmente con i limiti di spesa indicati nell'allegato I al D.D.G.n. 9815 del 25/10/2011), fino ad esaurimento del budget disponibile. Coloro che hanno già usufruito dei benefici della l.r. 23/99 possono presentare una nuova richiesta solo dopo tre anni dalla data di presentazione della precedente domanda, fatta eccezione per le richieste di dispositivi/sistemi domotici - strumenti per la casa in genere e di adeguamento/potenziamento dell'ausilio determinato da variazioni delle abilità della persona disabile o dalla necessità di sostituzione di un ausilio/strumento già in dotazione non più funzionante, purché acquistati entrambi con il contributo ai sensi della l.r. 23/99.

ISTRUZIONI PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE ALL'ASL

I moduli per la richiesta di contributo sono reperibili presso le sedi dell'ASL di seguito indicate o scaricabili dal sito Asl (www.asl.lodi.it → per il cittadino → modulistica → Direzione Sociale → Servizio Disabilità ed Integrazione Sociale). **Le domande, corredate dalla documentazione indicata nel "modulo di richiesta contributo", devono essere presentate entro e non oltre il 13/02/2012,** tramite spedizione con raccomandata R.R. o consegna presso le seguenti sedi:

- ✓ Segreteria del Distretto Socio-Sanitario di Lodi (0371/5876482)
Piazza Ospitale .10 (padiglione D) 26900 Lodi
- ✓ Segreteria del Distretto Socio-Sanitario del Basso Lodigiano (0377/9255626)
via Crema, 15 – 26841 Casalpusterlengo
- ✓ Segreteria del Distretto Socio-Sanitario di Sant'Angelo Lod.no (tel. 0371/5873209)
presso Villa Cortese – Via Largo Santa Maria, 10 – 26866 Sant'Angelo Lod.no

dal lunedì al venerdì (ore 9.00 –12.00)

Per informazioni, chiarimenti ed approfondimenti si invita a rivolgersi alle sedi distrettuali del Servizio Disabilità, Emarginazione ed Integrazione Sociale telefonando ai seguenti recapiti telefonici:

0371/5874342 Lodi – 5873352 S. Angelo L. - 0377/9255636 Basso Lodigiano
dal lunedì al venerdì dalle ore 10 alle ore 12



Regione
Lombardia

ASL Lodi

*Servizio Disabilità, Emarginazione
ed Integrazione Sociale
Dipartimento ASSI
ASL della Provincia di Lodi
Piazza Ospitale, 10
26900 LODI*

***RICHIESTA DI CONTRIBUTO AI SENSI DELLA LEGGE REGIONALE 23/99-ART.4, COMMI 4 e5 -
" EROGAZIONE DI CONTRIBUTI ALLE FAMIGLIE DI PERSONE CON DISABILITA' O AL SINGOLO
SOGGETTO DISABILE PER L'ACQUISTO DI STRUMENTI TECNOLOGICAMENTE AVANZATI-ANNO
2011".***

DATI IDENTIFICATIVI DELLA PERSONA CON DISABILITA' BENEFICIARIA DEL CONTRIBUTO

Cognome e nome _____
nato/a _____ il _____ residente a _____
in via _____ tel. _____ cell _____
Professione _____

DATI IDENTIFICATIVI DEL FAMILIARE RICHIEDENTE

(da compilare solo nel caso in cui il richiedente non sia la persona con disabilità)

Cognome e nome _____
nato/a _____ il _____ residente a _____
in via _____ tel. _____ cell _____
esercitante le funzioni di genitore tutore/curatore amministratore di sostegno

Il sottoscritto chiede l'assegnazione del contributo regionale ai sensi della l.r. 23/99 art.4 per

acquisto noleggio affitto leasing abbonamento
del seguente strumento tecnologicamente avanzato:

(Specificare in modo dettagliato lo strumento richiesto)

che prevede un costo complessivo di € _____
 Iva inclusa al 4% Iva inclusa al 20% Iva esclusa
(barrare la voce corrispondente)
Nel caso di richiesta di PC indicare se da *da tavolo* *portatile*

NB Nel preventivo/fattura deve essere ben specificato il dettaglio delle singole voci di spesa riferito all'acquisto dello strumento/ausilio, l'eventuale installazione/personalizzazione e la formazione all'utilizzo. Si precisa inoltre che per definire il contributo del 70%, nel costo viene calcolata o ricalcolata l'aliquota IVA al 4% .Le domande vengono accolte e successivamente valutate_solo se sono corredate dalla documentazione richiesta e se prevedono una spesa pari o superiore a 260 € con un tetto massimo di spesa ammissibile di 15.500 €.

A tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni mendaci , dichiara che il beneficiario del contributo:

- non ha fatto richiesta di altro finanziamento pubblico o non dispone in forma gratuita dell'ausilio oggetto della domanda,
- non può ottenere l'ausilio richiesto tramite altre forme di contribuzione (es.: polizze assicurative specifiche o benefici ottenibili dall'INAIL in quanto la persona beneficiaria gode delle provvidenze di tale ente),
- prende atto che il contributo sarà riconosciuto solo se la richiesta risulterà utilmente collocata nella prescritta graduatoria e compatibilmente con la disponibilità dei fondi assegnati,
- accetta la quota di compartecipazione al costo pari al 30% della quota ammissibile essendo a conoscenza che il contributo regionale è generalmente pari al 70% della spesa ammissibile fatto salvo i massimali per i PC , le protesi acustiche e le specifiche per gli ausili riconducibili al nomenclatore tariffario delle protesi
- si impegna, in caso di concessione del contributo, a non utilizzare la fattura relativa all'acquisto dell'ausilio/strumento finanziato per richiedere eventuali ulteriori contributi da parte di altri Enti

Dichiara inoltre che il beneficiario del contributo:

- vive solo
- vive in famiglia

- non ha in dotazione altri ausili
- ha in dotazione – propria o della famiglia - altri ausili nonché relativo supporto assistenziale, come riportato di seguito

AUSILI FORNITI DALL'ASL (ausili riconducibili o concedibili tramite Nomenclatore tariffario delle protesi)	AUSILI ACQUISTATI CON CONTRIBUTO L.R.23/99 ANNI PRECEDENTI

Inoltre dichiara che nel precedente triennio ai sensi dell'art. 4, commi 4 e 5, della l.r. 23/99 :

- non ha ricevuto finanziamenti
- ha ricevuto finanziamenti per l'acquisto dell'ausilio/strumento per il quale si chiede:
 - O l'adeguamento/potenziamento determinato da variazioni delle abilità della persona disabile
 - O la sua sostituzione in quanto non più funzionante
- ha ricevuto finanziamenti e chiede ,per l'annualità in corso, contributo per l'acquisto di dispositivi/ sistemi domotici e strumenti per la casa in genere.

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)

Nome e cognome della persona disabile _____

Diagnosi _____

Dati clinico anamnestici relativi alla persona disabile

Strumento tecnologicamente avanzato prescritto :

PC indicare se è O da tavolo O portatile

software (specificare il nominativo) _____

altro ausilio (specificare) _____

Motivazioni: necessità e conformità dello strumento con il progetto sociale/educativo individualizzato

Data _____

Firma e timbro del Medico Specialista

PROGETTO INDIVIDUALIZZATO

(redatto dal medico specialista o dall'equipe multidisciplinare dell'ASL)

Nome e cognome della persona disabile _____

Strumento tecnologicamente avanzato prescritto:

PC indicare se è O da tavolo O portatile

software (specificare il nominativo) _____

altro ausilio(specificare) _____

Dati clinico anamnestici della persona disabile:

Le motivazioni che giustificano la necessità dello strumento/ausilio e gli obiettivi che si possono raggiungere con la dotazione di tale ausilio in termini di integrazione sociale,lavorativa ,scolastica o di sviluppo dell'autonomia:

Durata del progetto (periodo entro il quale si pensa di realizzare gli obiettivi):

Modalità di verifica dei risultati attesi sia nei confronti della persona con disabilità , sia della famiglia

Data _____

Firma e timbro del Medico Specialista
o del Responsabile dell'Equipe multidisciplinare dell'ASL
