

DECRETO DEL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
SERVIZIO POLITICHE SOCIALI E SPORT

Oggetto: **DGR n. 493/2017 - “L.R. 25/2014, art. 11 - Contributi alle famiglie con persone con disturbi dello spettro autistico - Anno 2017”- Tempi e modalità per la presentazione delle domande e della rendicontazione.**

DECRETA

- di approvare, ai sensi della DGR n. 493 del 16.05.2017, i tempi e le modalità per la presentazione delle domande e della rendicontazione, per il tramite degli enti capofila degli Ambiti Territoriali Sociali, relative alle spese sostenute dalle famiglie con persone con disturbi dello spettro autistico che si avvalgono dei metodi riabilitativi riconosciuti dall’Istituto Superiore della Sanità per l’anno 2017, di cui all’allegato “A”, che forma parte integrante e sostanziale del presente atto;

- di approvare i modelli di cui agli allegati “B” e “C” che formano parte integrante e sostanziale del presente atto;

- di stabilire che l’onere complessivo derivante dall’adozione del presente decreto pari ad € 118.698,82 fa carico al bilancio di previsione 2017/2019 capitolo 2120210035 sul quale viene assunta prenotazione di impegno di spesa per il suddetto importo all’ annualità 2017 previa riduzione dell’accantonamento assunto con DGR n. 131/2017;

Il presente atto viene pubblicato per estremi sul Bollettino Ufficiale della Regione Marche, ai sensi della L.R. 17/2013.

Avverso il presente decreto è ammesso ricorso innanzi alle Autorità giurisdizionalmente competenti entro i termini previsti dalla normativa vigente.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
(Dott. Giovanni Santarelli)

Documento informatico firmato digitalmente



ALLEGATI

Visto contabile (file “Visto contabile Contributo famiglie autismo 2017.docx”)

Allegato A (file “Allegato A.docx”)

Allegato B (file “Allegato B domanda contributo.docx”)

Allegato A (file “Allegato C dichiarazione sostitutiva di atto notorio.docx”)



Allegato “A”

DGR N. 493/2017 - “L.R. 25/2014, ART. 11 - CONTRIBUTI ALLE FAMIGLIE CON PERSONE CON DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO - ANNO 2017”- TEMPI E MODALITÀ PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE.

Con la deliberazione n. 493 del 16.05.2017 si è provveduto ad indicare i criteri per accedere al contributo regionale da parte delle famiglie con persone affette da disturbi dello spettro autistico per le spese sostenute per gli operatori specializzati che effettuano interventi educativi/riabilitativi basati sui metodi riconosciuti dall’Istituto Superiore della Sanità, secondo quanto indicato all’art. 11 della Legge Regionale 9 ottobre 2014, n. 25 “Disposizioni in materia di disturbi dello spettro autistico”.

Con il presente atto vengono di seguito individuate le procedure amministrative da porre in essere ai fini del conseguimento del contributo regionale da parte delle famiglie con persone con disturbi dello spettro autistico.

Modalità di presentazione delle domande e della rendicontazione

Entro il 30 giugno 2017 le famiglie con persone con disturbi dello spettro autistico, in possesso dei requisiti di cui all’Allegato “A” della DGR n. 493 del 16.05.2017, presentano al Comune di residenza la documentazione di seguito indicata:

- a) domanda di contributo utilizzando il modello di cui all’Allegato “B” del presente atto;
- b) dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante le spese sostenute nel periodo 01.10.2016 / 30.05.2017 per gli operatori specializzati che hanno effettuato interventi educativi/riabilitativi basati sui metodi riconosciuti dall’Istituto Superiore della Sanità, utilizzando il modello di cui all’allegato “C” del presente atto.

Entro il 7 luglio 2017, i Comuni trasmettono agli Ambiti Territoriali Sociali le domande pervenute con relativa documentazione; questi ultimi a loro volta provvederanno ad inviare entro il 14 luglio 2017

le istanze alla Regione Marche - Servizio Politiche Sociali e Sport tramite PEC all’indirizzo regione.marche.politichesociali@emarche.it

Gli Allegati “B” e “C”, di cui al presente atto sono a disposizione sul sito della Regione Marche al seguente link http://www.regione.marche.it/Regione-Utile/Sociale/Disabilita#2742_Modulistica

In considerazione dello stanziamento disponibile, pari ad € 118.698,82, il contributo verrà concesso, ai sensi della DGR n. 493 del 16.05.2017, a concorrenza del cento per cento dell’intero importo dichiarato quale spesa sostenuta per l’intervento e comunque non superiore al tetto di spesa ammissibile massimo per utente pari ad € 5.000,00. Qualora la spesa ammissibile complessiva fosse superiore allo stanziamento disponibile le singole quote verranno riparametrate proporzionalmente alla disponibilità finanziaria.

Il contributo verrà erogato agli aventi diritto, per il tramite degli enti capofila degli Ambiti Territoriali Sociali a seguito dell’istruttoria delle domande effettuata dal Servizio Politiche Sociali e Sport.

Allegato “B”

Spett. Sig. Sindaco

Comune di _____

Via _____

CAP _____ **(città)** _____

**DOMANDA DI CONTRIBUTO
PER INTERVENTI RIABILITATIVI
PER PERSONE AFFETTE DA DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO**
(ai sensi della DGR n.493/2017 e della L.R. 9 ottobre 2014, n. 25 - art. 11)

Il/la sottoscritto/a
nato/a a il
residente a in vian.
C.F.
Tel.Cell.email:.....

in qualità di genitore/tutore di
nato/a a il
residente a in via n.
C.F.

CHIEDE

- l'erogazione di un contributo regionale per le spese sostenute per interventi riabilitativi basati sui metodi riconosciuti dall'Istituto Superiore della Sanità, prescritti da uno dei soggetti di cui all'art. 5 comma 4, lett. b), c), d) ed e) e comma 5, lett. b), c), d) ed e) della L.R. n.25/2014, ai sensi della DGR n. 493 del 16.05.2017;
- che la domanda venga trasmessa per il tramite dell'ente capofila dell'Ambito Territoriale Sociale competente, entro i tempi stabiliti dal bando regionale, alla REGIONE MARCHE - Servizio Politiche Sociali e Sport, Via Gentile da Fabriano n.3 - 60125 ANCONA – al seguente indirizzo PEC: regione.marche.politichesociali@emarche.it

Si allega:

- a) Certificazione della diagnosi di autismo effettuata da uno dei soggetti di cui all'art. 5 comma 4, lett. b), c), d) ed e) e comma 5, lett. b), c), d) ed e) della L.R. n.25/2014;
- b) Fotocopia, non autenticata, del documento di identità del dichiarante, in corso di validità.

Dichiaro altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs 30/06/2003 n. 196 in materia di protezione dei dati personali, che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito di questo procedimento per le finalità strettamente connesse alle funzioni istituzionali dell'Ente, per consentire un'efficace gestione dei procedimenti relativi all'espletamento delle suddette funzioni e nel rispetto dei limiti stabiliti dalle Leggi e dai Regolamenti e che i dati dichiarati verranno trattati in modo tale da contemplare le esigenze di tutela degli stessi con le esigenze di efficienza organizzativa degli uffici e di trasparenza dell'azione amministrativa.

Luogo e Data _____

Firma

Allegato “C”

Spett. Sig. Sindaco

Comune di _____

Via _____

CAP _____ (città) _____

RENDICONTAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

(ai sensi dell’art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

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 a il
residente a in via n.
C.F.

DICHIARA

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria personale responsabilità che:

- 1) la documentazione di seguito indicata costituisce prova delle spese sostenute per interventi riabilitativi basati sui metodi riconosciuti dall’Istituto Superiore della Sanità ed è imputabile alle finalità per cui viene richiesto il contributo:

- fattura n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____
- fattura n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____
- fattura n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____
- fattura n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____
- fattura n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____
- fattura n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____
- fattura n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____
- fattura n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____
- fattura n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____
- fattura n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____

per un totale di € _____

- 2) di non percepire / percepire altri contributi da altri Enti per lo stesso intervento (contributo concesso da.....importo di €.....);

Si allega:

a) Copia della documentazione di spesa sopra elencata.

Tale documentazione deve essere trasmessa per il tramite dell'ente capofila dell'Ambito Territoriale Sociale competente, entro i tempi stabiliti dal bando regionale, alla REGIONE MARCHE - Servizio Politiche Sociali e Sport, Via Gentile da Fabriano n.3 - 60125 ANCONA - al seguente indirizzo PEC: regione.marche.politichesociali@emarche.it

Dichiaro altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs 30/06/2003 n. 196 in materia di protezione dei dati personali, che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito di questo procedimento per le finalità strettamente connesse alle funzioni istituzionali dell'Ente, per consentire un'efficace gestione dei procedimenti relativi all'espletamento delle suddette funzioni e nel rispetto dei limiti stabiliti dalle Leggi e dai Regolamenti e che i dati dichiarati verranno trattati in modo tale da contemplare le esigenze di tutela degli stessi con le esigenze di efficienza organizzativa degli uffici e di trasparenza dell'azione amministrativa.

Luogo e Data _____

Firma
