## Modello“A”

**DOMANDA AVVISO PUBBLICO PER IL SOSTEGNO ECONOMICO PER LE FAMIGLIE CON MINORI NELLO SPETTRO AUTISTICO FINO AL DODICESIMO ANNO DI ETA’ (0-12 anni)**

Il/lasottoscritto/a……………............................................................………...............................

nato/a................................ ………….……….il………….…………………..…………..……....

residentea……………………………………...… invia………….….…………………..n. .…....

C.F. ………...……………………………………………………………………..……………………

Tel.………………..…………………………… Cell. ……………………………………….………

email:……………………..………………………………………………………………..…………..

in qualitàdigenitore/tutoredi…………………..……………………………………………………

nato/a.………….………………………………………………il……..…………………………….

residentea…………………………………………………………….…………………………..…

invia……………………….….. n. ……………...

C.F. ………………………………..………………………………………………………………...

# CHIEDE

l’erogazione di un contributo regionale per le spese sostenute pergli interventi di cui al Regolamentoregionale15gennaio2019,n.1“*RegolamentoperladisciplinadegliInterventia sostegno delle famiglie dei Minori in età evolutiva prescolare nello Spettro Autistico”;*

Siallegaallapresente:

* Copiadeldocumentodiidentitàincorsodivaliditàdelrichiedenteedelminore;
* CopiadelladiagnosidiDisturbo dellospettro autisticodelminore
* Autodichiarazionedello statodifamiglia;
* Eventuali certificazioni (L.104/92, verbale di invalidità, ecc.) di altre patologie del minore e/o di altri componenti del nucleo familiare;
* Autocertificazione circala tipologia di servizi già attivi o attivabili (ad esempio, numero di ore di assistenza domiciliare, altre forme di contributi economici) nella rete sociosanitaria a favore della persona per la quale si richiede il contributo;
* Documento in corso di validità attestante l’indicatore della situazione economica equivalente ISEE - del nucleo familiare del minore beneficiario;
* Modello C “Dichiarazione delle spese sostenute” al quale dovranno essere allegate tutte le fatture/spese sostenute e dichiarate, con relative attestazionidipagamento(es. bonificie/odichiarazionidell’avvenutopagamento)relative all’anno 2022**;**
* Modello“D”“MODALITA’DIPAGAMENTODEL CONTRIBUTO”;

Allo scopo di dare attuazione alla valutazione multidimensionale di cui all’art. 10 del Regolamento Regionale n.1/2019, comunico di seguito i riferimenti del servizioTutela Salute Mentale e Riabilitazione dell’Età evolutiva che ha in carico il minore:

TSMREE(ASL,Distretto, ecc.)……….……………………………………………………………

Referente…………………………………………………….……..………………………………..

Recapiti……………………………………………………..………………………….…………….

Autorizzo il trattamento dei dati personali presenti nella domanda e negli allegati, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679) e dichiarodiessereinformatocheidatiraccoltisarannotrattati,ancheconstrumentiinformatici, esclusivamente nell’ambito di questo procedimento eper le finalitàstrettamenteconnessealle funzioni istituzionali degli enti preposti.

LuogoeData,

Firma