



## AVVISO PUBBLICO PER IL SOSTEGNO ECONOMICO PER LE FAMIGLIE CON MINORI NELLO SPETTRO AUTISTICO FINO AL DODICESIMO ANNO DI ETÀ - (0-12 anni) – Anno 2022.

### Il Distretto Roma 4.3

#### RENDE NOTO

Le modalità di sostegno economico alle famiglie con minori nello spettro autistico fino al dodicesimo anno di età

#### **Arti. 1 Disposizioni generali**

La Regione Lazio, al fine di modificare i comportamenti del bambino e per favorire il migliore adattamento possibile alla vita quotidiana, **sostiene** le famiglie di minori affetti da disturbo dello spettro autistico (*Autism Spectrum Disorder*, di seguito ASD), fino al dodicesimo anno di età, residenti nell'ambito territoriale, che intendono liberamente avvalersi di programmi psicologici e comportamentali strutturati (quali, ad esempio, *Applied Behavior Analysis – ABA*; *Early Intensive Behavioural Intervention – EIBI*; *Early Start Denver Model – ESDM*; *Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children – TEACCH*) e/o di altri trattamenti con evidenza scientifica riconosciuta.

#### **Art. 2 Finalità e natura della misura di sostegno**

1. Il sostegno alle famiglie è inteso come contributo a rimborso delle spese sostenute per i trattamenti previsti dall'art. 1 del presente avviso, nell'ottica di supportare la tempestività, l'intensività e la specificità dell'intervento.
2. Il sostegno economico, di cui al punto 1, è concesso secondo i criteri stabiliti dal Regolamento Regionale, adottato con la D.G.R. n. 866 del 28/12/2018 e ss.mm. e ii., e comunque non oltre la somma totale di € 5.000,00 annui per ciascun minore.
3. L'entità del sostegno è valutata considerando le risorse ed i servizi già attivi o attivabili nella rete socio-sanitaria a favore del minore (ad esempio, centri di riabilitazione territorialmente accreditati) e le caratteristiche socio-economiche del nucleo familiare che presenta la richiesta;
4. **Il rimborso per le spese relative al 2022** è vincolato alle verifiche sulle dichiarazioni rese dalle famiglie, anche in ordine all'elenco dei professionisti di cui all'art. 3 del Regolamento regionale 1/2019, pubblicato sul portale della Regione Lazio ([http://www.regione.lazio.it/rl\\_sanita](http://www.regione.lazio.it/rl_sanita)).
5. Al fine della rendicontazione, le famiglie che intendono presentare la domanda di ammissione al finanziamento saranno tenute a compilare l'Allegato Modello C



“Dichiarazione delle spese sostenute”, al quale dovranno essere allegati tutte le fatture/spese sostenute e dichiarate, con relative attestazioni di pagamento (es. bonifici e/o dichiarazioni dell’avvenuto pagamento).

### **Art. 3 Soggetti beneficiari**

Possono beneficiare del sostegno di cui al precedente Avviso le famiglie con minori di età 0-12 anni, che presentino una diagnosi di ASD e siano residenti in uno dei Comuni del Distretto Roma 4.3.

### **Art. 4 Modalità e tempi di presentazione della domanda**

La domanda di ammissione al finanziamento (Mod. A e relativi allegati) con relativa rendicontazione delle spese sostenute nell’anno 2022 di cui all’art. 6 del presente Avviso potrà essere reperita presso i siti istituzionali dei cinque Comuni facenti parte del Distretto Roma 4.3:

Alla domanda (Mod.A), compilata in tutte le sue parti, dovrà essere allegata la seguente documentazione:

1. Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente e del minore;
2. Copia della diagnosi di Disturbo dello spettro autistico del minore;
3. Autodichiarazione dello stato di famiglia;
4. Eventuali certificazioni (verbale L.104/92, verbale di invalidità, ecc.) di altre patologie del minore e/o di altri componenti del nucleo familiare;
5. Autocertificazione circa la tipologia di servizi già attivi o attivabili (ad es. numero di ore di assistenza domiciliare, altre forme di contributi economici) a favore della persona per la quale si richiede il contributo;
6. Copia dichiarazione ISEE ordinario in corso di validità del nucleo familiare del minore;
7. Modello C “Dichiarazione delle spese sostenute” al quale dovranno essere allegati tutte le fatture/spese sostenute e dichiarate, con relative attestazioni di pagamento (bonifici, e/o dichiarazioni dell’avvenuto pagamento) relative all’anno 2022.

La domanda completa della rendicontazione delle spese di cui all’ART. 6 dovrà pervenire in busta chiusa all’Ufficio Protocollo del Comune di residenza del richiedente **entro e non oltre il giorno 15/07/2023**, oppure tramite raccomandata A/R (in quest’ultimo caso farà fede la data e l’ora apposte dall’ufficio postale), o tramite Pec.

Sulla busta o nell’oggetto della Pec, dovrà essere scritto: **AVVISO PUBBLICO PER IL SOSTEGNO ECONOMICO PER LE FAMIGLIE CON MINORI NELLO SPETTRO AUTISTICO 2022.**

Non saranno prese in considerazione le domande pervenute, o inviate (in caso di raccomandate), oltre il termine stabilito e, in ogni caso, ai sensi dell’art. 11 comma 1 del



Regolamento Regionale 15 gennaio 2019 n. 1 .

### **Art. 5 Istruttoria di ammissibilità e valutazione**

Il Distretto Roma 4.3, a conclusione della ricezione delle richieste, valuta l'ammissibilità delle stesse attraverso una commissione debitamente istituita che verifica la completezza dell'istanza. Le domande complete ed ammissibili saranno oggetto di UVMD (Unità valutativa multidimensionale) con la partecipazione del servizio Tutela Salute Mentale e Riabilitazione dell'Età evolutiva (di seguito TSMREE) della Asl Roma 4.3.

Saranno finanziati un numero complessivo di beneficiari fino alla concorrenza delle somme disponibili in bilancio per tale intervento.

### **Art. 6 Modalità di rendicontazione ed erogazione alle famiglie (anno solare 2022)**

Alle famiglie già beneficiarie dell'intervento negli anni precedenti e a coloro che relativamente all'anno 2022 presenteranno domande che risulteranno idonee, saranno rimborsate le spese sostenute e rendicontabili nell'anno 2022 e per un massimo di € 5.000,00 annui per interventi a sostegno di minori con spettro autistico, sulla base dell'importo assegnato in fase di valutazione della domanda e in base al punteggio assegnato nel rispetto dei criteri previsti.

Qualora il minore sia stato beneficiario nell'anno 2022, di altro intervento economico di rimborso per interventi destinati a persone disabili, il contributo che verrà assegnato sarà da intendersi quale eventuale integrazione al finanziamento già riconosciuto e comunque non oltre l'importo massimo di € 5.000,00 annue previste dal presente Avviso.

Ad esempio, se la famiglia ha ottenuto un rimborso per altri interventi per € 6.000,00 nell'anno 2022, a fronte di spese relative ad interventi per lo spettro autistico di € 8.000,00; a questa sarà attribuita una somma, sulla base del punteggio assegnato, che non potrà comunque superare l'importo massimo di € 2.000,00, quale integrazione al contributo già ottenuto per il raggiungimento della somma totale spesa, ossia € 8.000,00.

Al fine del rimborso delle spese sostenute sarà necessario compilare il Modello C, parte integrante del presente Avviso, a cui allegare anche tutte le fatture/spese sostenute e dichiarate, con relative attestazioni di pagamento (es. bonifici e/o dichiarazioni dell'avvenuto pagamento) dell'anno 2022.

### **Art. 7 Criteri di valutazione e punteggi**

Ogni domanda di accesso al contributo raggiungerà un punteggio per ogni area oggetto di valutazione (i criteri di valutazione sono allegati al presente avviso – **(Allegato 1)**).



**L'attribuzione dei punteggi avverrà sulla scorta delle dichiarazioni rese e della documentazione prodotta.**

Il punteggio assegnato per ogni area potrà raggiungere il seguente punteggio massimo:

AREA DI RIFERIMENTO	PUNTEGGIO MASSIMO
Area sanitaria	n. 50 punti
Area del bisogno sociale	n. 40 punti
Area socio-economica	n. 10 punti

Parità di punteggio

In caso di parità di punteggio, sarà presa in considerazione la data di arrivo della domanda.

**Art. 8 Informativa privacy ai sensi del Regolamento Europeo 679/2016.**

I dati riferiti dai soggetti partecipanti all'Avviso saranno utilizzati soltanto per le finalità connesse all'espletamento dello stesso, non saranno comunicati o diffusi a terzi non interessati e saranno, comunque, trattati in modo da garantirne la riservatezza e la sicurezza, nel rispetto della normativa vigente in materia.

**Trasparenza**

Il presente Avviso è pubblicato sui siti dei cinque Comuni facenti parte del Distretto Roma 4.3.

I successivi atti di nomina Commissione ed impegno di spesa verranno effettuati soltanto previa verifica della disponibilità ad intervenuta approvazione di bilancio di previsione 2023/2025.

Per ogni utile informazione è possibile rivolgersi presso i Servizi Sociali dei Comuni del Distretto Roma 4.3 e/o presso l'Ufficio di Piano del Distretto stesso.

Telefono 06 99816353 - email [simona.dipaolo@comune.bracciano.rm.it](mailto:simona.dipaolo@comune.bracciano.rm.it)

Il Responsabile del Procedimento è la dott.ssa Simona Di Paolo, Coordinatore del Distretto Roma 4.3.

Bracciano, lì 09/06/2023.



**Modello "A"**

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

Il/la sottoscritto/a .....

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

residente a ..... in via ..... n. ....

C.F. ....

Tel. .... Cell. ....

email:.....

in qualità di genitore/tutore di .....

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

residente a .....

in via ..... n. ....

C.F. ....

**CHIEDE**

l'erogazione di un contributo regionale per le spese sostenute per gli interventi di cui al Regolamento regionale 15 gennaio 2019, n. 1 "*Regolamento per la disciplina degli Interventi a sostegno delle famiglie dei Minori in età evolutiva prescolare nello Spettro Autistico*";

Si allega alla presente:

- Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente e del minore;
- Copia della diagnosi di Disturbo dello spettro autistico del minore
- Autodichiarazione dello stato di famiglia;



- Eventuali certificazioni (L.104/92, verbale di invalidità, ecc.) di altre patologie del minore e/o di altri componenti del nucleo familiare;
- Autocertificazione circa la 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 allegare tutte le fatture/spese sostenute e dichiarate, con relative attestazioni di pagamento (es. bonifici e/o dichiarazioni dell'avvenuto pagamento) relative all'anno 2022;
- Modello "D" "MODALITA' DI PAGAMENTO DEL 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 servizio Tutela 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 dichiaro di essere informato che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito di questo procedimento e per le finalità strettamente connesse alle funzioni istituzionali degli enti preposti.

Luogo e Data,

Firma

---



**Modello "B"**  
**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE<sup>1</sup>**  
**(art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 )**

Il/la sottoscritto/a .....

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

residente a ..... in via .....n. ....

C.F. ....

Di cittadinanza .....,

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000

**DICHIARA**

Che i servizi già attivi in favore del proprio figlio/a sono i seguenti:

- Assistenza domiciliare per n° \_\_\_\_\_ ore settimanali;
- Contributi economici: comunali  indennità di frequenza
- Altro

.....  
.....  
.....

Luogo e data: .....

**IL DICHIARANTE**

.....

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 s'informa che i dati e le informazioni raccolti nella presente dichiarazione verranno utilizzati unicamente per le finalità per le quali sono state acquisiti.



**Modello "C"**

**DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE AI FINI DEL SOSTEGNO ECONOMICO  
PER LE FAMIGLIE CON MINORI NELLO SPETTRO AUTISTICO FINO AL  
DODICESIMO ANNO DI ETA' (0- 12 anni)**

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 ..... il .....

residente a ..... in via ..... n. ....

C.F. ....

Tel. .... Cell. ....

email: .....

in qualità di genitore/tutore di .....

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

residente a .....

in via ..... n. ....

C.F. ....

Indica il/i nominativo/i del/dei professionista/i scelto/i, iscritto/i all'Albo regionale di cui  
all'art. 3 del Regolamento 15 gennaio 2019, n.1

Nominativo/i:

.....

.....



**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:

la documentazione di seguito indicata costituisce prova delle spese sostenute per i programmi psicologici e comportamentali strutturati e gli altri trattamenti con evidenza scientifica riconosciuta concordati in sede di valutazione multidimensionale, ai sensi del Regolamento regionale 1 del 15 gennaio 2019:

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 \_\_\_\_\_

fattura n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ per € \_\_\_\_\_ emessa  
da \_\_\_\_\_

fattura n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ per € \_\_\_\_\_ emessa  
da \_\_\_\_\_

fattura n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ per € \_\_\_\_\_ emessa  
da \_\_\_\_\_

**per un totale di € \_\_\_\_\_**

di allegare copia delle fatture sopra elencate e dei relativi bonifici di pagamento;

di non percepire altri contributi pubblici per le spese relative ai medesimi interventi.

Luogo e Data:

Firma

\_\_\_\_\_





## **ALLEGATO 1**

**N.B.: LA PRESENTE SCHEDA SARA' REDATTA ESCLUSIVAMENTE DALL'U.V.M.D. IN SEDE DI VALUTAZIONE DELLE DOMANDE (NON DEVE ESSERE COMPILATA DAL RICHIEDENTE).**

### **Criteria di valutazione**

I benefici saranno assegnati secondo una valutazione effettuata da un'equipe multi professionale, composta dagli operatori della ASL e del Distretto Roma 4.3 e tenendo conto della scheda sotto riportata.

### **SCHEDA INTEGRATA SOCIO-SANITARIA Diagnosi ASD**

<b>NOME UTENTE:</b>	<b>PUNTEGGIO MASSIMO</b>	<b>RISERVATO ALL'UFFICIO</b>
Livello 3	25	
Livello 2	20	
Livello 1	15	
<b>1.1 COMORBIDITÀ ALTRE DIAGNOSI</b>	10	
<b>1.2 PRESENZA ALTRI FIGLI CON ASD</b>	15	
<b><i>totale (max 50)</i></b>		

**Servizi** (ore e/o contributi)

	<b>ATTIVI</b>	<b>PUNTEGGIO</b>	<b>RISERVATO UFFICIO</b>	<b>NOTE - Servizi attivabili</b>
Nessun servizio		20		
<u>S. Sociali territoriali:</u>				
-AEC;		4		
-Ass. domiciliare comunale;		4		
<u>S. Sociali distrettuali:</u>				
- Ass. Educativa domiciliare distrettuale		4		
- L.R. 20/2006		4		
- Disabilità gravissima DGR 104/17		2		
Altri servizi socio-sanitari		2		
<b>Totale (max 20)</b>				

**Nucleo familiare max 20**

<b>Situazione familiare</b>	<b>PUNTEGGIO</b>	<b>RISERVATO ALL'UFFICIO</b>
Presenza altri disabili adulti	5	
Presenza altri disabili minori (NO ASD)	5	
<b>Totale (max 10)</b>		



<b>Composizione del nucleo familiare</b>	<b>PUNTEGGIO</b>	<b>RISERVATO ALL'UFFICIO</b>
Nucleo familiare monogenitoriale	4	
Nucleo familiare 3/4 persone	2	
Nucleo familiare 5 o più persone	4	
<b>Totale (max 10)</b>		

**Condizione economica**

<b>ISEE ORDINARIO</b>	<b>PUNTEGGIO</b>	<b>RISERVATO ALL'UFFICIO</b>
Da € 0,00 a € 8.000,00	10	
Da € 8.000,01 a € 11.000,00	7	
Da € 11.000,01 € a € 18.000,00	5	
Oltre € 18.000,01	2	
<b>Totale (max 10)</b>		