

Prot. _____

del _____

Ai Sindici dei Comuni
affidenti Al Distretto "C"
Uffici Servizi Sociali

Ai MMG e PLS
Distretto C

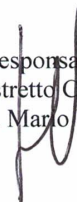
OGGETTO: Avviso Pubblico anno 2022 inerente "interventi a sostegno dei cittadini residenti nel Lazio affetti da patologie oncologiche e in lista di attesa per trapianto"

Si invia , in allegato, per opportuna conoscenza, Avviso Pubblico anno 2022, in esecuzione del provvedimento aziendale n. 482 del 23.06.2022, inerente "interventi a sostegno dei cittadini residenti nel Lazio affetti da patologie oncologiche e in lista di attesa per trapianto".

Si chiede alle SS.LL. di dare **massima** diffusione ai cittadini che rientrano nel bando.

Cordiali saluti

Il Responsabile
Distretto C
Dr. Mario Ventura



AVVISO PUBBLICO

CONTRIBUTI A SOSTEGNO DEI CITTADINI RESIDENTI NEL LAZIO AFFETTI DA PATOLOGIE ONCOLOGICHE E IN LISTA DI ATTESA PER TRAPIANTO DI ORGANI SOLIDI O DI MIDOLLO

In esecuzione del provvedimento N. 482 del 23.06.2022 indetto il presente Avviso Pubblico

Scadenza 31 Luglio 2022

LA ASL FROSINONE RENDE NOTO

che la Regione, ai sensi della D.G.R. 6 agosto 2020, n. 586 e della DGR 13 luglio 2021 n. 456, sostiene i cittadini residenti nel Lazio affetti da patologie oncologiche e i pazienti in lista di attesa per trapianto di organi solidi o di midollo tramite un contributo economico concesso agli stessi attraverso le Aziende Sanitarie Locali.

Destinatari

Possono accedere al contributo economico i cittadini residenti nel Lazio che si trovano in una delle sotto indicate condizioni:

- pazienti affetti da patologie oncologiche che necessitano di trattamenti medici, clinici, di laboratorio, chirurgici e radioterapici presso strutture sanitarie regionali, le cui patologie sono certificate dai responsabili dei centri di riferimento oncologici o di strutture a valenza regionale o da altro dirigente sanitario da essi delegato;
- pazienti in lista di attesa per trapianto di organi solidi o di midollo, che si sottopongono a tipizzazioni tissutali, a trapianti, a controlli periodici ed a interventi e ricoveri conseguenti ad eventuali complicanze.

Potranno presentare domanda di contributo anche coloro che abbiano col destinatario del contributo rapporti di parentela o affinità, entro il terzo grado, o di convivenza.

Modalità di presentazione delle domande

Le richieste di accesso al contributo, da presentarsi esclusivamente su apposito modello accluso al presente avviso, corredate della necessaria documentazione, andranno presentate presso tutti i PUA di riferimento dei 4 Distretti Sanitari di Anagni/Alatri, Frosinone, Sora e Cassino.

Le domande dovranno essere corredate della sotto elencata documentazione:

- documentazione attestante la residenza nella Regione Lazio;
- esenzione per patologia oncologica cod. 48 (solo per le persone affette da patologie oncologiche);
- dichiarazione, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR n. 445/2000 e smi, attestante il grado di parentela o affinità o la condizione di convivenza con il destinatario del contributo nel caso in cui la domanda non venga presentata direttamente dall'interessato (solo per le persone in lista di attesa per trapianto di organi solidi o di midollo);
- attestazione dell'indicatore ISEE con un valore non superiore a 15.000,00, calcolato secondo quanto disposto dal DPCM 159/2013 e smi

- dichiarazione, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR n. 445/2000 e smi, attestante il grado di parentela o affinità o la condizione di convivenza con il destinatario del contributo nel caso in cui la domanda non venga presentata direttamente dall'interessato.

Si specifica che l'attestazione ISEE come sopra indicata dovrà essere calcolata secondo le disposizioni previste dall'art. 6 del DPCM 159/2013 e smi. Tuttavia, per coloro che non abbiano ottenuto il riconoscimento formale del grado di disabilità-non autosufficienza da parte delle autorità competenti -Allegato 3 al DPCM 159/2013-, sarà possibile utilizzare l'ISEE ordinario, conformemente alle indicazioni fornite dal Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali/Inps nel documento "ISEE Indicatore della Situazione Economica Equivalente - Le risposte alle domande più frequenti" (FAQ n. V-27 del 26.01.2016).



Le persone che si trovano in una delle situazioni previste dal comma 49 dell'art. 4 della l.r. 13/2018, ovvero perdita del proprio posto di lavoro o ricorso al periodo di aspettativa non retribuita avendo terminato il periodo di malattia retribuito riconosciuto dal contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL), potranno produrre idonea documentazione attestante una delle sopraelencate condizioni anche attraverso la presentazione dell'ISEE corrente di cui all'art. 9 del DPCM n. 159/2013 e smi, purché questo presenti un valore inferiore a 15.000,01.

Causa di esclusione e di decadenza del contributo

Sono esclusi dal contributo le persone non in possesso dei requisiti previsti dal presente atto

"La DGR 13 luglio 2021 n. 456 modifica l'allegato A della deliberazione di Giunta regionale n. 58672020 (Nuove modalità attuative dell'art.4, commi 47-52 della legge regionale n.13/2018) e nello specifico esplicita che costituiscono cause di decadenza dal beneficio le condizioni sotto indicate se intervenute in data compresa tra la presentazione della domanda e l'approvazione dell'elenco dei beneficiari da parte del nucleo valutativo:

- il decesso del beneficiario;
- la perdita dei requisiti di accesso;
- ricovero continuativo in hospice o altra tipologia di struttura residenziale a totale carico del SSR, o in strutture residenziali sociosanitarie.

In caso di decesso del beneficiario, intervenuto successivamente al riconoscimento dell'ammissibilità al beneficio, la Direzione regionale per l'Inclusione sociale provvederà all'assegnazione del relativo contributo alla ASL competente.

ASL Frosinone provvederà all'erogazione del contributo in favore degli eventuali eredi che dovranno comunicare formalmente il proprio diritto di successione alla ASL, corredato dalla necessaria documentazione che sarà richiesta da questa ASL "

La mancata osservanza delle modalità di presentazione costituirà causa di inammissibilità formale della domanda di partecipazione.

Assegnazione del contributo

A conclusione dell'istruttoria sul possesso dei requisiti di ammissibilità, l'Azienda Sanitaria Locale di Frosinone provvederà a trasmettere alla Regione Lazio, Direzione regionale per l'Inclusione sociale (inclusione.fragilita@regione.lazio.legalmail.it), entro la scadenza tassativa del 31 ottobre 2022 gli elenchi degli aventi diritto al contributo, nel rispetto di quanto disposto dalla normativa vigente in materia di trattamento dei dati personali. In caso di invio successivo alla scadenza indicata, le istanze presentate non saranno prese in considerazione.

I dati personali di cui l'Amministrazione Regionale verrà in possesso in ragione della concessione dei contributi previsti dal presente atto confluiranno in un archivio, di cui è titolare la Regione Lazio – Giunta Regionale, che si riserva di raccogliere, trattare, comunicare e diffondere in forma aggregata i dati forniti, nei limiti e secondo le disposizioni dettate dal D. Lgs. n. 196/2003, "Codice in materia di protezione dei dati personali", nonché, dal Regolamento (UE) 2016/679 "Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati" (GDPR).

La Direzione regionale per l'Inclusione sociale, con proprio atto amministrativo:

- prende atto dei dati trasmessi dalle Aziende Sanitarie Locali;
- procede all'assegnazione alle Aziende Sanitarie Locali dei finanziamenti necessari a soddisfare le richieste presentate dagli aventi diritto e all'impegno e liquidazione del relativo contributo, nei limiti delle disponibilità del bilancio regionale e secondo le modalità previste dal presente documento.

La determinazione di impegno di spesa a favore delle Aziende Sanitarie Locali sarà pubblicata sul sito web della Regione Lazio.

L'ASL di Frosinone, completato il piano delle assegnazioni, ne darà comunicazione ai beneficiari ed erogherà il contributo in un'unica soluzione agli stessi.

Per eventuali ulteriori informazioni è possibile contattare la dott.ssa Nisia Lucchetti Dirigente Assistente Sociale di questa ASL. (email: nisia.lucchetti@aslfrosinone.it)

In allegato domanda di contributo.

Angelo Aliquò
IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Ar 23.06.2022
14:17:51
GMT+01:00



Prot. _____ Del _____

Al Punto Unico d'Accesso (PUA)
.....
Distretto Sanitario di _____

Oggetto: domanda per l'accesso al contributo ai sensi delle Deliberazioni n. 586/2020 e n. 456/2021 inerenti "contributi a sostegno dei cittadini residenti nel Lazio affetti da patologie oncologiche e in lista di attesa per trapianto di organi solidi o di midollo". Scadenza 31.07.2022.

Io sottoscritto/a
Nome e Cognome _____
Nata a _____ il _____
Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residente a _____ CAP _____ Provincia _____
Via _____
Tel. _____ e-mail (facoltativo) _____

DICHIARO DI ESSERE

Dirett_ interessat_

familiare (coniuge o figlio in assenza del coniuge o, in assenza di entrambi, altro parente fino al 3° grado di parentela) che firma per impedimento temporaneo a sottoscrivere (DPR 445/2000. Art 4)

Nome e Cognome _____
Nato/a a _____ il _____
Residente a _____ CAP _____ Provincia _____
Via _____
Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Grado di parentela (specificare) _____
Tel. _____ e-mail (facoltativo) _____

il genitore (con la responsabilità genitoriale)
del/la minore

Nome e Cognome _____
Nato/a il _____ a _____ Prov. _____
Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Il tutore il curatore l'amministratore di sostegno

Nome e Cognome _____
Nato/a il _____ a _____ Prov. _____
Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CHIEDO

di accedere ai contributi a sostegno dei cittadini residenti nel Lazio affetti da patologie oncologiche e in lista di attesa per trapianto di organi solidi o di midollo ai sensi delle DGR 586 del 6 agosto 2020 e 456 del 13 luglio 2021.



ALLEGATO

Persone affette da patologie oncologiche e persone in lista di attesa per trapianto di organi solidi o di midollo

- documentazione attestante la residenza nella Regione Lazio;
- esenzione per patologia oncologica cod. 48 (solo per le persone affette da patologie oncologiche);
- certificazione emessa da uno dei centri di riferimento presenti sul territorio nazionale di trovarsi nelle condizioni previste dall'art. 4, comma 48, lettera b (solo per le persone in lista di attesa per trapianto di organi solidi o di midollo)
- attestazione dell'indicatore ISEE con un valore non superiore a 15.000,00, calcolato secondo quanto disposto dall' art. 6 del DPCM 159/2013 e smi;
- copia della tessera sanitaria;
copia di un documento di identità in corso di validità
- copia del codice IBAN del conto corrente (su cui è possibile accreditare il contributo) o codice IBAN della carta Postepay Evolution
- eventuale dichiarazione, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR n. 445/2000 e smi, attestante il grado di parentela o affinità o la condizione di convivenza con il destinatario del contributo nel caso in cui la domanda non venga presentata direttamente dall'interessato;

Le persone che si trovano in una delle situazioni previste dal comma 49 dell'art. 4 della l.r. 13/2018, ovvero perdita del proprio posto di lavoro o ricorso al periodo di aspettativa non retribuita avendo terminato il periodo di malattia retribuito riconosciuto dal contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL), potranno produrre idonea documentazione attestante una delle sopraelencate condizioni anche attraverso la presentazione dell'ISEE corrente di cui all'art. 9 del DPCM n. 159/2013 e smi, purché questo presenti un valore inferiore a 15.000,01.

EVENTUALE ALTRA DOCUMENTAZIONE

- una copia di un documento di identità in corso di validità della persona (ad es. genitore, tutore, familiare, ecc) che presenta la richiesta per conto della/del beneficiaria/o del contributo
- Dichiarazione di trovarsi in una delle situazioni previste dal comma 49 dell'art. 4 della l.r. 13/2018, ovvero perdita del proprio posto di lavoro o ricorso al periodo di aspettativa non retribuita avendo terminato il periodo di malattia retribuito riconosciuto dal contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL).



INDICO

la seguente modalità per il pagamento del contributo:
 (indicare il conto corrente intestato o cointestato alla richiedente, su cui è possibile l'accredito del contributo)

Intestatario/i _____
 Codice IBAN _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Io sottoscritto/ta presa visione delle informazioni e del trattamento dei dati personali (presente agli atti dell'ufficio e disponibili sulla pagina internet www.asl.fr.it/ufficio-privacy) autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali 2016/679 e del D. Lgs. n.196/2003 e dichiaro di dare il consenso affinché i propri dati vengano trattati per le finalità di cui alla DGR 493 del 28 luglio 2020.

DICHIARO

- di essere a conoscenza che, in caso di dichiarazioni mendacie/odi falsità in atti, sarò soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia, secondo quanto disposto dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché alla revoca del beneficio eventualmente conseguito sulla base della dichiarazione non veritiera ai sensi dell'art. 75 del citato D.P.R. n. 445/2000.

Data _____

Firma (per esteso e leggibile)

SPAZIO RISERVATO ALL'AZIENDA USL di FROSINONE
Esaminata la documentazione allegata si esprime parere:

- positivo
 negativo

per i seguenti motivi:

Data _____
Firme del Nucleo Valutativo _____

RICEVUTA DELL'AUSL DI FROSINONE
Ricevo la richiesta di contributo da parte del/la Sig./ra

Nome _____ Cognome _____

- documentazione attestante la residenza nella Regione Lazio;
 esenzione per patologia oncologica cod. 48;
 certificazione emessa da uno dei centri presenti sul territorio nazionale di trovarsi nelle condizioni trovarsi nelle condizioni previste dall'art. 4, comma 48, lettera b);
 dichiarazione, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR n. 445/2000 e smi, attestante il grado di parentela o affinità o la condizione di convivenza con il destinatario del contributo nel caso in cui la domanda non venga presentata direttamente dall'interessato.
 Dichiarazione di trovarsi in una delle situazioni previste dal comma 49 dell'art. 4 della l.r. 13/2018, ovvero perdita del proprio posto di lavoro o ricorso al periodo di aspettativa non retribuita avendo terminato il periodo di malattia retribuito riconosciuto dal contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL),
 Copia della tessera sanitaria
 Copia del documento d'identità
 Copia del documento d'identità della persona che presenta la richiesta per conto della beneficiaria del contributo
 Copia codice IBAN

Data _____ Firma e timbro dell'operatore Asl _____

