

**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 2014**

Come negli anni scorsi la Regione Lombardia intende promuovere l'acquisto di tecnologie (ivi comprese quelle comunemente definite col termine di "domotica"), anche in regime di noleggio, affitto, leasing o abbonamento. I contributi vengono riconosciuti nell'ambito di un progetto individuale e sono finalizzati a promuovere l'autonomia della persona disabile all'interno della propria abitazione migliorando l'accessibilità all'ambiente domestico, a sviluppare le potenzialità e a compensare le limitazioni funzionali al fine di favorire l'integrazione e il reinserimento sociale, professionale o scolastico della persona con disabilità.

**Chi sono i beneficiari del contributo**

Sono beneficiari di contributo tutte le persone disabili residenti nel territorio dell'ASL di Lodi, senza alcun limite di età, che vivono da sole o in famiglia e gli alunni con diagnosi di Disturbo Specifico dell'apprendimento (DSA).

Quest'anno è stata introdotta la possibilità per le persone con disabilità importante che necessitano di specifici strumenti tecnologicamente avanzati per la guida dell'autoveicolo, di poter accedere ai finanziamenti della legge 23/99 in integrazione con il contributo di cui all'art. 27 della legge 104/92 "Contributo alle spese per la modifica degli strumenti di guida a favore di titolari di patenti speciali con incapacità motorie permanenti".

Prosegue la disposizione regionale in merito alla concessione del contributo per l'acquisto di personal computer e relativi applicativi solo per le richieste presentate a favore degli alunni con DSA al fine di facilitare i percorsi didattici e favorire lo studio a domicilio (art.4 l.r. N° 4/2010).

**Ogni quanto è possibile presentare la domanda di contributo**

Coloro che hanno già usufruito dei benefici della l.r. 23/99 possono presentare una nuova richiesta **solo dopo 3 anni** dalla data di presentazione della precedente domanda, salvo le seguenti eccezioni:

- richieste di dispositivi/sistemi domotici - strumenti per la casa in genere;
- 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.

**Limiti di spesa ed entità del contributo assegnato**

E' possibile presentare domanda per un solo ausilio che prevede una spesa **pari o superiore a 260 euro**; il tetto massimo di spesa ammissibile è di € 15.500,00.

Il contributo concesso è generalmente nella misura del 70% della spesa ammissibile e del 50% solo per le modifiche agli strumenti di guida, compatibilmente con i limiti di spesa indicati nell'allegato 1 al D.D.G.n. 12006 del 10/12/2014 ed alla graduatoria stabilita dal nucleo di valutazione, sino ad esaurimento del budget disponibile.

Per una puntuale e completa informazione il cittadino è invitato a consultare l'allegato 1 al d.d.g. n° 12006 del 10/12/2014 presente sul sito ASL o avvalersi della consulenza degli operatori del Servizio Disabilità dell'ASL di Lodi.

#### **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](http://www.asl.lodi.it) → Servizi ASL → Area Disabilità → Modulistica ).

**Le domande, corredate dalla documentazione indicata nel “modulo di richiesta contributo”, devono essere presentate entro e non oltre il 9 Marzo 2015, tramite spedizione con raccomandata R.R. o consegna presso le seguenti sedi:**

#### **Segreteria del Distretto Socio-Sanitario dell'Alto Lod.**

**sede di di Lodi ( 0371/5876482)**

**Piazza Ospitale, 10 ( padiglione D ) 26900 Lodi**

**sede di Sant'Angelo Lod.no (tel. 0371/5873209)**

**presso Villa Cortese – Via Largo Santa Maria, 10 – 26866 Sant'Angelo Lod.no**

#### **Segreteria ASSI del Distretto Socio-Sanitario del Basso Lodigiano (0377/9255626)**

**via Crema, 15 – 26841 Casalpusterlengo**

**dal lunedì al venerdì (ore 9.00 –12.00)**

I cittadini riceveranno comunicazione scritta in merito all'esito della loro richiesta di contributo economico entro il 30 maggio 2014 .

Per informazioni, chiarimenti ed approfondimenti non solo relativamente ai termini e alle procedure del bando, ma anche per le plurime opportunità riservate dalla legge 23/99 ai cittadini disabili, si invita a rivolgersi:

- allo Sportello unico del Welfare dalle 9.30 alle 12.30 sede di Lodi nella giornata di Venerdì, tel. 03715874581; sede di Casalpusterlengo il Martedì , Giovedì e Venerdì tel. 03779255681; sede di Sant'Angelo Lodigiano il Venerdì, tel 03715873352;
- alle sedi distrettuali del Servizio Disabilità, Emarginazione ed Integrazione Sociale, telefonando ai seguenti recapiti telefonici dal lunedì al venerdì dalle ore 10 alle ore 12:

Distretto dell'Alto Lodigiano:

sede di Lodi 0371/5874342

sede di Sant'Angelo Lod. 0371/5873352

Distretto del Basso Lodigiano 0377/9255636

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 2014”.**

**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 \_\_\_\_\_%  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, manutenzione e costi tecnici di funzionamento. Si precisa inoltre che per definire il contributo , nel costo viene calcolata o ricalcolata l'aliquota IVA al 4% per i soggetti che ne hanno diritto . Le domande vengono accolte e successivamente valutate solo se sono corredate dalla documentazione richiesta e se prevedono una spesa pari o superiore a 260 € . Il tetto massimo di spesa ammissibile è di € 15.500,00.**

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 di 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);
- 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.

**Inoltre:**

- 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.
- Per quanto riguarda il contributo per le modifiche agli strumenti di guida, accetta la quota di compartecipazione al costo pari generalmente al 50% della quota ammissibile, essendo a conoscenza che il contributo regionale legge 23/99 è calcolato in integrazione con il contributo di cui all'art. 27 della legge 104/92 “ Contributo alle spese per la modifica degli strumenti di guida a favore di titolari di patenti speciali con incapacità motorie permanenti”, tenendo presente che la somma dei due contributi non deve superare il 50 % del costo complessivo dell'ausilio e comunque entro il limite massimo di € 3000.
- Prende atto che in caso di presentazione di fattura con costo inferiore a quanto indicato nel preventivo allegato alla domanda ammessa a finanziamento, verrà ricalcolato il contributo regionale al fine di concedere l'effettivo 70% della spesa sostenuta fatto salvo i massimali per i PC, le protesi acustiche e le specifiche per gli ausili riconducibili al nomenclatore tariffario delle protesi; e che in caso di presentazione di fattura con costo superiore a quanto indicato nel preventivo allegato alla domanda ammessa a finanziamento, nulla in più gli è dovuto oltre il contributo ammesso a finanziamento.

**Dichiara inoltre che il beneficiario del contributo:**

- vive solo
- vive in famiglia
- non ha in dotazione altri ausili
- ha ottenuto finanziamenti riconducibili all' art. 27 della legge 104/92 “ Contributo alle spese per la modifica degli strumenti di guida a favore di titolari di patenti speciali con incapacità motorie permanenti” nell'anno \_\_\_\_\_
- 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:
  - l'adeguamento/potenziamento determinato da variazioni delle abilità della persona disabile
  - 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.

Qualora la propria domanda di contributo per l'acquisto di strumento tecnologicamente avanzato venga accolta, desidera che il versamento del contributo concesso sia effettuato sul conto corrente di seguito indicato:

**CONTO CORRENTE INTESTATO A** \_\_\_\_\_

**RESIDENTE A** \_\_\_\_\_ **IN VIA** \_\_\_\_\_

**CODICE FISCALE**

--	--



**ISTITUTO BANCARIO O UFFICIO POSTALE** \_\_\_\_\_

**CODICE IBAN**

--	--



L'intestatario del conto corrente si impegna a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione dei dati bancari che dovesse intervenire successivamente alla presentazione della richiesta di contributo.

#### AUTORIZZA

l'ASL di Lodi a detenere ed elaborare i dati personali contenuti nella presente istanza, al fine della valutazione della stessa, secondo le modalità e i criteri del D.Lgs. n. 196/2003 Codice per la protezione dei dati personali e sensibili.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**ELENCO DEI DOCUMENTI CHE OBBLIGATORIAMENTE DEVONO ESSERE ALLEGATI ALLA DOMANDA - LA MANCANZA DI UNO DEI DOCUMENTI SOTTOELENCATI COMPORTA LA NON AMMISSIBILITA' DELLA DOMANDA CHE DOVRA' PERVENIRE CON LE MODALITA' INDICATE NELL'INFORMATIVA, ENTRO E NON OLTRE IL 9 marzo 2015**

- 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 ( modulo 1);
- progetto individualizzato redatto **dal medico specialista** o dall'equipe multidisciplinare dell'ASL ( modulo 2);
- copia del certificato di invalidità o della certificazione di alunno disabile;
- copia del verbale di accertamento dell'Handicap esclusivamente per le richieste di contributo per le modifiche agli strumenti di guida;

- **è assolutamente necessario** produrre copia della certificazione dello specialista per patologie che causano disabilità se la patologia non prevede necessariamente l'accertamento nelle forme di cui sopra, (quali ad esempio la dislessia);
- per chi chiede il contributo per l'acquisto di protesi acustiche presentare anche l'esame audiometrico
- copia del preventivo o della fattura quietanzata o della ricevuta fiscale (non antecedente i 12 mesi la data di presentazione della domanda) indicante la percentuale di IVA applicata e l'elenco degli strumenti con il dettaglio e la scheda tecnica che illustra le caratteristiche dell'ausilio richiesto ed il relativo costo(\*). In caso di richieste per l'acquisto di PC con software specifici, i costi dovranno essere indicati separatamente.
- solo per gli ausili riconducibili al Nomenclatore Tariffario ( es. protesi acustiche ) è necessario produrre documentazione che attesti il riconoscimento della riconducibilità da parte del Servizio Sanitario Nazionale
- per chi ha già provveduto all'acquisto allegare la dichiarazione da parte dell'Azienda fornitrice, responsabile dell'installazione, di avvenuta personalizzazione, di addestramento / collaudo oppure l'autocertificazione ( modulo 3)

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\* in caso di ausili o strumenti **di domotica** acquistati tramite rateizzazione, qualora non fosse disponibile la fattura, è possibile presentare anche copia del contratto di finanziamento (rilasciato dalla ditta fornitrice o dalla banca/finanziaria) riportante il piano di rateizzazione relativo all'acquisto effettuato.

**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**

\_\_\_\_\_

**AUTODICHIARAZIONE DI AVVENUTA INSTALLAZIONE, DI COLLAUDO E DI EFFETTIVO  
UTILIZZO DELL'AUSILIO RICHIESTO  
( legge 23/99 -art.4 commi 4 e5)**

In riferimento alla richiesta di contributo economico presentata per l'acquisto di

\_\_\_\_\_

il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_

in qualità di

interessato     genitore     tutore/curatore     amministratore di sostegno    di

cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

DICHIARA DI AVER PROVVEDUTO PERSONALMENTE ALL'INSTALLAZIONE DELL'AUSILIO  
ACQUISTATO E CHE ESSO VIENE REGOLARMENTE UTILIZZATO DALLA PERSONA DISABILE  
BENEFICIARIA DEL CONTRIBUTO REGIONALE .

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_