



ALL'ATS DELLA MONTAGNA

**DOMANDA DI ACCESSO AL CONTRIBUTO PER L'ACQUISTO DI AUSILI/STRUMENTI  
TECNOLOGICAMENTE AVANZATI A FAVORE DELLE PERSONE DISABILI O DELLE  
LORO FAMIGLIE AI SENSI DELLA DGR 5631/2016**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI E DI ATTO DI NOTORIETA'**

(Art. 46 e 47, D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445)

Dati della persona disabile

Cognome	
Nome	
Data e luogo di nascita	
Codice fiscale	
Comune di residenza	
Indirizzo	
Professione	
Telefono fisso	Cellulare
Indirizzo di posta elettronica	
Documento di identità in corso di validità (carta di identità o documento equipollente ai sensi dell'art. 35 c. 2 del D.P.R. 445/2000)	
Numero _____ rilasciato da _____	

Dati identificativi del richiedente nel caso in cui la domanda non venga presentata direttamente dalla persona disabile

Cognome	
Nome	
Data e luogo di nascita	
Codice fiscale	
Comune di residenza	
Indirizzo	
Professione	
Telefono fisso	Cellulare
Indirizzo di posta elettronica	
Documento di identità in corso di validità (carta di identità o documento equipollente ai sensi dell'art. 35 c. 2 del D.P.R. 445/2000)	
Numero _____ rilasciato da _____	

**CHIEDE DI POTER BENEFICIARE DEL CONTRIBUTO PER**

(barrare **una sola scelta** e compilare laddove richiesto)

1.  area domotica
2.  area mobilità
3.  area informatica
4.  altri ausili, tra cui ausili per non udenti e le protesi acustiche

per il finanziamento del seguente ausilio/strumento:

(è ammesso un solo ausilio/strumento acquistato nel periodo compreso tra l'1 gennaio 2015 e la data di scadenza del presente bando. Specificare in modo dettagliato l'ausilio/strumento. In caso di PC/Tablet indicare i software specifici).

**ATTENZIONE. NON SONO AMMESSE DOMANDE DI FINANZIAMENTO CON PREVENTIVI.**

---

per la seguente spesa complessiva

(si precisa che verrà calcolata o ri-calcolata l'aliquota iva al 4% ove prevista per legge)

Costo (comprensivo di iva)	Iva applicata (indicare %)	data documentazione fiscale
€                    ,	%	/                    /

## ATTENZIONE:

Le domande vengono valutate solo se prevedono una spesa pari o superiore a € 300,00. Il tetto massimo di spesa ammissibile è di € 16.000. Il contributo, se dovuto, è riconosciuto nella misura del 70% della spesa ammissibile dello strumento/ausilio (la spesa ammissibile viene calcolata, ove è prevista, con l'aliquota IVA agevolata al 4%) entro i seguenti limiti:

- personal computer da tavolo o tablet comprensivi di software specifici, contributo massimo erogabile, comprensivo di software di base e di tutte le periferiche, € 400;
- personal computer portatile comprensivo di software specifici, contributo massimo erogabile, comprensivo di software di base e di tutte le periferiche, € 600;
- protesi acustiche riconducibili: contributo massimo erogabile € 2.000;
- adattamento dell'autoveicolo, compresi i beneficiari dell'art. 27 della legge 104/92, contributo massimo erogabile € 5.000.

### DICHIARA

(barrare **una sola scelta** e compilare laddove richiesto)

1a.  di non aver mai ottenuto un contributo per l'acquisto di strumenti tecnologicamente avanzati ai sensi della l.r. 23/99;

1b.  di aver ottenuto il contributo per l'acquisto di strumenti tecnologicamente avanzati ai sensi della l.r. 23/99:

nell'anno	per l'acquisto di

### DICHIARA

Solo se si è selezionata la scelta 1b, barrare una o più delle seguenti opzioni, altrimenti procedere con la sezione 3.

1b1.  vi è stato un aggravio nelle abilità della persona;

1b2.  è emersa la necessità di sostituire l'ausilio/strumento in quanto non più funzionante;

1b3.  nessuna delle precedenti casistiche.

### DICHIARA

(barrare **una sola scelta**)

2a.  di possedere un ISEE ordinario o socio-sanitario in corso di validità, o una DSU, rilasciato ai sensi del D.P.C.M. 159/2013 **inferiore o uguale a € 20.000,00**;

2b.  di possedere un ISEE ordinario o socio-sanitario in corso di validità, o una DSU, rilasciato ai sensi del D.P.C.M. 159/2013 **superiore a € 20.000,00**;

## DICHIARA

3.  di accettare la quota di compartecipazione al costo della quota ammissibile dello strumento/ausilio richiesto;
4.  di essere intestatario o cointestatario del seguente conto sul quale sarà liquidato il contributo richiesto, laddove riconosciuto;

Sigla internazionale	Numeri di controllo	Cin	ABI	CAB	Numero di conto corrente
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

5.  di essere a conoscenza che, in caso di **falsità in atti e/o di dichiarazioni mendaci**, si è soggetti 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;
6.  di essere disponibile ad essere ricontattato dall'ATS per la compilazione di uno specifico questionario per la valutazione di quanto l'ausilio/strumento finanziato abbia effettivamente influito nel modificare la situazione iniziale indesiderata e quindi il raggiungimento/miglioramento della stessa situazione;

### A TALE SCOPO ALLEGA:

- attestazione ISEE ordinario o socio-sanitario in corso di validità, o la DSU (Dichiarazione Sostitutiva Unica), ai sensi del DPCM 159/2013, in attesa di presentare l'ISEE entro 30 giorni dalla data di scadenza del bando;
- fotocopia non autenticata del documento di identità in corso di validità della persona disabile o del richiedente se diverso;
- progetto individualizzato redatto dal medico specialista (pubblico o privato), eventualmente in collaborazione con altri operatori, condiviso con il beneficiario (Allegato 1);
- copia del verbale di invalidità o del verbale di accertamento di alunno disabile (DPCM 185/2006) o certificazione di alunno disabile dello specialista se rilasciato prima del 2006 o certificazione di DSA redatta ai sensi della L.170/2010;
- copia, se disponibile, del verbale di accertamento dell'handicap ai sensi della legge 104/92;
- copia della fattura o della ricevuta fiscale o, in caso di acquisto tramite rateizzazione copia del contratto di finanziamento, dell'ausilio/strumento comprensivi delle specifiche tecniche e dei costi degli strumenti/ausili con data non antecedente al 1/1/2015;
- per la richiesta di finanziamento di protesi acustiche copia dell'esame audiometrico con data antecedente l'acquisto delle protesi e del certificato dello specialista che attesti (in decibel) il grado di sordità;

- per gli ausili riconducibili al Nomenclatore Tariffario, copia modulo riconducibilità - Modello 03 - autorizzato dall'Ufficio Assistenza Protetica se cartaceo oppure copia della prescrizione effettuata on line direttamente dal medico prescrittore, con indicazione dell'importo che verrà erogato a tale titolo;
- eventuale dichiarazione da parte dell'Azienda fornitrice responsabile dell'installazione, di avvenuta personalizzazione, dell'addestramento o del collaudo;
- eventuale documentazione relativa alla necessità di sostituire l'ausilio/strumento in quanto non più funzionante.

Luogo e Data \_\_\_\_\_

**Firma del richiedente** \_\_\_\_\_

**Dichiarazione di consenso dell'utente al trattamento dei dati personali ai sensi e per gli effetti del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196**

In relazione alla mia richiesta del .....relativa a .....  
 lo Sottoscritto/a....., presa visione dell'informativa all'utenza, esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali che mi riguardano, inclusi quelli sensibili di cui all'art. 4, comma 1, lettera d), del D.Lgs.n.196/2003, per le finalità e con le modalità indicate nell'informativa di cui sopra, anche ai fini della comunicazione degli stessi, nei limiti sopra indicati.

**Data**..... **Firma leggibile**.....

Presto il Mio consenso per la comunicazione dei dati ai soggetti di seguito indicati (nel caso in cui sia prevista anche la comunicazione dell'esito a soggetti diversi dall'interessato).  
 .....  
 .....

**Data**..... **Firma leggibile**.....