



CONSORZIO
INTERCOMUNALE
DEI SERVIZI E
INTERVENTI SOCIALI

CODICE FISCALE

97874100585

COMUNI DI

Campagnano di Roma
Capena
Castelnuovo di Porto
Civitella San Paolo
Fiano Romano
Filacciano
Formello
Magliano Romano
Mazzano Romano
Morlupo
Nazzano
Ponzano Romano
Riano
Rignano Flaminio
Sacrofano
Sant'Oreste
Torrita Tiberina

SEDE LEGALE

c/o Comune di Formello
Piazza S. Lorenzo, 8
00060 Formello RM

TELEFONI

06 90194606-607-608
Fax 06 9089577

E-MAIL

presidente@consorziovalledeltevere.it
direttore@consorziovalledeltevere.it
amministrazione@consorziovalledeltevere.it
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it
info@pec.consorziovalledeltevere.it

AVVISO PUBBLICO
PER IL SOSTEGNO ECONOMICO PER LE FAMIGLIE CON
MINORI NELLO SPETTRO AUTISTICO FINO AL DODICESIMO
ANNO DI ETA'
(0-12 anni) – Anno finanziario 2020

Il Consorzio Intercomunale dei Servizi e Interventi Sociali
‘Valle del Tevere’

VISTA la D.G.R. n.75 del 13 febbraio 2018: ‘Decreto del Commissario ad acta 22/12/2014, n.U00457. Recepimento ed approvazione del documento tecnico concernente ‘Linee di indirizzo regionali per i disturbi dello spettro autistico (Autism Spectrum Disorder ASD)’;

VISTA la deliberazione di Giunta regionale 18 giugno 2019 n. 391 concernente “Recepimento d’Intesa sancita in Conferenza Unificata del 10 maggio 2018 "Aggiornamento delle linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nei Disturbi dello Spettro Autistico". Modifica e integrazione della deliberazione di Giunta regionale 13 febbraio 2018, n. 75 "Decreto del Commissario ad acta 22 dicembre 2014, n. U00457. Recepimento ed approvazione del documento tecnico concernente Linee di indirizzo regionali per i disturbi dello spettro autistico (Autism Spectrum Disorder, ASD)";

VISTA la deliberazione di Giunta regionale del 9 ottobre 2018, n. 569, in cui si approvano gli impegni di spesa per l’esercizio finanziario 2018 per gli interventi a favore di persone con disturbi dello spettro autistico – legge 4/2018 con ambiti prioritari di intervento individuati secondo gli indirizzi nazionali: diagnosi precoce; definizione dei processi di presa in carico; aumento dei trattamenti; assistenza alle famiglie etc;

VISTA la Legge Regionale n. 7 del 22 ottobre 2018 art. 74 recante “Interventi a sostegno delle famiglie dei minori in età evolutiva prescolare nello spettro autistico”;

VISTA la deliberazione di Giunta Regionale del 23 novembre 2018, n. 717 con la quale si approva la seconda fase di programmazione e finalizzazione della ulteriore spesa per l’esercizio finanziario 2018 e bilancio pluriennale anni 2019 e 2020 ed integra e modifica la DGR n. 569/2018;

VISTA la D.G.R. n. 866 del 28 dicembre 2018 “Attuazione Art. 74 della L. R. n. 7 del 22 Ottobre 2018 - Disposizioni per la semplificazione e lo sviluppo regionale”, adozione del ‘Regolamento per la disciplina degli Interventi a sostegno delle famiglie dei Minori in età evolutiva prescolare nello Spettro Autistico.’;

VISTA la Determinazione Regione Lazio n.G17743 del 31 dicembre 2018 che assegna al Consorzio Valle del Tevere la somma di € 21.127,40, per il sostegno economico alle famiglie con minori in età evolutiva prescolare nello spettro autistico. Esercizio finanziario 2018;

DATO ATTO che il documento di cui sopra precisa che i fondi assegnati con Determinazione Regione Lazio n.G17743 del 31 dicembre 2018 sono da intendersi quale quota in acconto per l’annualità 2019;

VISTA la Determinazione n.G03047 del 18 marzo 2019 con la quale si approva il documento “Modalità attuative della Misura di sostegno alle famiglie con minori in età



CONSORZIO
INTERCOMUNALE
DEI SERVIZI E
INTERVENTI SOCIALI

CODICE FISCALE

97874100585

COMUNI DI

Campagnano di Roma
Capena
Castelnuovo di Porto
Civitella San Paolo
Fiano Romano
Filacciano
Formello
Magliano Romano
Mazzano Romano
Morlupo
Nazzano
Ponzano Romano
Riano
Rignano Flaminio
Sacrofano
Sant'Oreste
Torrita Tiberina

SEDE LEGALE

c/o Comune di Formello
Piazza S. Lorenzo, 8
00060 Formello RM

TELEFONI

06 90194606-607-608
Fax 06 9089577

E-MAIL

presidente@consorziovalledeltevere.it
direttore@consorziovalledeltevere.it
amministrazione@consorziovalledeltevere.it
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it
info@pec.consorziovalledeltevere.it

evolutiva prescolare nello spettro autistico, ai sensi del regolamento regionale 15.01.2019 n. 1”;

VISTA la Determinazione Regione Lazio n.G07829 del 10 giugno 2019 che assegna al Consorzio Valle del Tevere la somma di € 21.127,40 per il sostegno economico alle famiglie con minori in età evolutiva prescolare nello spettro autistico. Esercizio finanziario 2019, ad integrazione a quanto già determinato con atto G17743 del 31/12/2018;

VISTO il Regolamento Regionale 2 dicembre 2019 n.24 “Modifiche 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) e successive modifiche”;

VISTO il Regolamento Regionale 22 giugno 2020 n.16 “Modifiche al Regolamento regionale 15 gennaio 2019, n.1 e al Regolamento regionale 2 dicembre 2019 n. 24. Disposizioni transitorie”;

VISTA la Determinazione n. G08741 del 23 luglio 2020 con la quale si attribuisce al Consorzio Valle del Tevere la somma di € 21.912,92 al fine di dare continuità di attuazione, nell’anno 2020, alla Misura di sostegno economico alle famiglie con minori nello spettro autistico fino al dodicesimo anno di età;

VISTA la Determinazione n. G09912 del 28 agosto 2020 con la quale si attribuisce al Consorzio Valle del Tevere la somma di € 19.738,76, quale integrazione alla quota impegnata in acconto con la Determinazione n. G08741 del 23.07.2020;

VISTA la determinazione consortile n. 61 del 09.04.2019 con la quale si approva l’Avviso pubblico per il sostegno alle famiglie dei minori in età evolutiva prescolare nello spettro autistico (0-6 anni) per l’annualità 2019;

VISTA la nota della Regione Lazio acquisita al protocollo consortile con n. 592 del 04.03.2020 recante “Art. 74 legge regionale 22 ottobre 2018, n.7 – 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) e s.m.i. **Aggiornamenti febbraio 2020**” con la quale si rende noto che le famiglie beneficiare dell’intervento di cui al presente Avviso, che non abbiano iniziato i trattamenti nell’anno 2019 non dovranno ripresentare domanda per l’annualità 2020, ma potranno effettuare i trattamenti di cui risultano beneficiari fino al 31.12.2020, a valere sui fondi relativi all’annualità 2020;

DATO ATTO che, le famiglie che si trovano nella condizione di cui sopra, ovvero che risultano beneficiare nell’avviso relativo all’annualità 2019 ma hanno rendicontato nel 2021 le spese sostenute entro il 31.12.2020, non potranno procedere alla presentazione della domanda di cui al presente Avviso:

RENDE NOTE

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

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



CONSORZIO
INTERCOMUNALE
DEI SERVIZI E
INTERVENTI SOCIALI

CODICE FISCALE

97874100585

COMUNI DI

Campagnano di Roma
Capena
Castelnuovo di Porto
Civitella San Paolo
Fiano Romano
Filacciano
Formello
Magliano Romano
Mazzano Romano
Morlupo
Nazzano
Ponzano Romano
Riano
Rignano Flaminio
Sacrofano
Sant'Oreste
Torrita Tiberina

SEDE LEGALE

c/o Comune di Formello
Piazza S. Lorenzo, 8
00060 Formello RM

TELEFONI

06 90194606-607-608
Fax 06 9089577

E-MAIL

presidente@consorziovalledeltevere.it
direttore@consorziovalledeltevere.it
amministrazione@consorziovalledeltevere.it
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it
info@pec.consorziovalledeltevere.it

ASD), fino al dodicesimo anno di età, residenti nella Regione Lazio, 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.

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 viene 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 cadauno.
3. L'entità del sostegno viene valutata considerando le risorse ed i servizi già attivi o attivabili nella rete socio-sanitaria a favore della persona (ad esempio, centri di riabilitazione territorialmente accreditati) e le caratteristiche socio-economiche del nucleo familiare che presenta la richiesta;
4. La famiglia può scegliere di rivolgersi ad un centro qualificato oppure direttamente a liberi professionisti. Qualora una famiglia abbia scelto di avvalersi di un professionista che implementa programmi fondati sulla tecnica ABA e che opera obbligatoriamente sotto la supervisione di un consulente qualificato, la famiglia stessa dovrà dichiarare nell'istanza i nominativi di entrambi i professionisti. Le famiglie, data la complessità degli interventi, possono indicare più di un professionista.
5. Per l'anno 2020 il Consorzio Valle del Tevere predispone una graduatoria distrettuale contenente l'elenco dei beneficiari ammessi al finanziamento economico sotto forma di rimborso, nei limiti del fondo assegnato. Nel rispetto della normativa sulla privacy l'elenco è costituito da un codice utente assegnato a ciascun beneficiario;
6. 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 allegate tutte le fatture/spese sostenute e dichiarate, con relative attestazioni di pagamento (es. bonifici e/o dichiarazioni dell'avvenuto pagamento) relative all'anno 2020.



CONSORZIO
INTERCOMUNALE
DEI SERVIZI E
INTERVENTI SOCIALI

CODICE FISCALE

97874100585

COMUNI DI

Campagnano di Roma
Capena
Castelnuovo di Porto
Civitella San Paolo
Fiano Romano
Filacciano
Formello
Magliano Romano
Mazzano Romano
Morlupo
Nazzano
Ponzano Romano
Riano
Rignano Flaminio
Sacrofano
Sant'Oreste
Torrita Tiberina

SEDE LEGALE

c/o Comune di Formello
Piazza S. Lorenzo, 8
00060 Formello RM

TELEFONI

06 90194606-607-608
Fax 06 9089577

E-MAIL

presidente@consorziovalledeltevere.it
direttore@consorziovalledeltevere.it
amministrazione@consorziovalledeltevere.it
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it
info@pec.consorziovalledeltevere.it

3. Soggetti beneficiari

Possono beneficiare del sostegno di cui al precedente Avviso le famiglie con minori di età 0-12 anni (il compimento del 12° anno doveva avvenire entro il 31.12.2020), che presentino una diagnosi di ASD e siano residenti in uno dei Comuni del Consorzio Valle del Tevere – Distretto Socio-sanitario RM 4.4.

4. Modalità e tempi di presentazione della domanda

La domanda di ammissione al finanziamento (Mod. A e relativi allegati) potrà essere reperita presso:

- Punto Unico di Accesso (PUA) nella sede Asl di Campagnano di Roma, Via Adriano I n. 8, tel. 06/96669769 il martedì dalle ore 08:00 alle ore 13:00;
- Ufficio di Piano del Consorzio Valle del Tevere, piazza San Lorenzo n.8, Formello nei seguenti giorni: lunedì e mercoledì dalle 9.30 alle 12.00 e dalle 15,30 alle 17,30;
- scaricabile sul sito istituzionale del Consorzio Valle del Tevere www.consorziovalledeltevere.it.

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 allegate tutte le fatture/spese sostenute e dichiarate, con relative attestazioni di pagamento (es. bonifici e/o dichiarazioni dell’avvenuto pagamento) relative all’anno 2020.

La domanda dovrà pervenire, a pena di esclusione, all’Ufficio di Piano del Consorzio Valle del Tevere – Piazza San Lorenzo n. 8, 00060 Formello RM, entro e non oltre le ore 13.00 del giorno 15 marzo 2021, tramite un plico debitamente chiuso e controfirmato su tutti i lembi di chiusura in maniera da garantirne l’integrità.



CONSORZIO
INTERCOMUNALE
DEI SERVIZI E
INTERVENTI SOCIALI

CODICE FISCALE

97874100585

COMUNI DI

Campagnano di Roma
Capena
Castelnuovo di Porto
Civitella San Paolo
Fiano Romano
Filacciano
Formello
Magliano Romano
Mazzano Romano
Morlupo
Nazzano
Ponzano Romano
Riano
Rignano Flaminio
Sacrofano
Sant'Oreste
Torrita Tiberina

SEDE LEGALE

c/o Comune di Formello
Piazza S. Lorenzo, 8
00060 Formello RM

TELEFONI

06 90194606-607-608
Fax 06 9089577

E-MAIL

presidente@consorziovalledeltevere.it
direttore@consorziovalledeltevere.it
amministrazione@consorziovalledeltevere.it
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it
info@pec.consorziovalledeltevere.it

Il plico, oltre al nome e all'indirizzo del mittente, dovrà riportare la dicitura **NON APRIRE – DOCUMENTI CONCESSIONE MISURA DI SOSTEGNO ECONOMICO ALLE FAMIGLIE CON MINORI NELLO SPETTRO AUTISTICO FINO AL DODICESIMO ANNO DI ETA' – CONSORZIO VALLE DEL TEVERE.**

Il recapito del plico, che potrà avvenire a mano, con raccomandata A/R, mediante agenzie di recapito autorizzate o tramite PEC all'indirizzo info@pec.consorziovalledeltevere.it, rimane a totale rischio del mittente.

In caso in trasmissione mezzo Raccomandata farà fede la data e l'ora apposte dall'ufficio postale

Non saranno prese in considerazione le domande pervenute, o inviate (in caso di raccomandate), oltre il termine stabilito.

Per la consegna a mano delle domande l'Ufficio di Piano rispetterà il seguente orario di accoglienza: lunedì e mercoledì dalle ore 9,30 alle ore 12,30 e dalle ore 15,30 alle ore 17,30;

5. Istruttoria di ammissibilità e valutazione

Il Consorzio, 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 con la partecipazione del servizio Tutela Salute Mentale e Riabilitazione dell'Età evolutiva (di seguito TSMREE) della Asl Roma 4.

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

6. Modalità di rendicontazione ed erogazione alle famiglie

Alle famiglie che risulteranno beneficiarie dell'intervento saranno rimborsate le spese sostenute e rendicontabili nell'anno 2020, per interventi a sostegno di minori con spettro autistico, sulla base dell'importo assegnato in fase di valutazione della domanda in base al punteggio assegnato nel rispetto dei criteri previsti, e comunque non oltre il massimo di € 5.000,00 annui.

Qualora il minore sia stato beneficiario, nell'anno 2020, di altro intervento economico di rimborso per interventi destinati a persone disabili, il presente contributo sarà da intendersi quale eventuale integrazione al finanziamento già riconosciuto con un precedente intervento, fino alla concorrenza della somma riconosciuta in fase di valutazione della domanda e comunque non oltre l'importo



CONSORZIO
INTERCOMUNALE
DEI SERVIZI E
INTERVENTI SOCIALI

CODICE FISCALE

97874100585

COMUNI DI

Campagnano di Roma
Capena
Castelnuovo di Porto
Civitella San Paolo
Fiano Romano
Filacciano
Formello
Magliano Romano
Mazzano Romano
Morlupo
Nazzano
Ponzano Romano
Riano
Rignano Flaminio
Sacrofano
Sant'Oreste
Torrita Tiberina

massimo di € 5.000,00 annue previste dal presente Avviso (ad es. se la famiglia ha ottenuto un rimborso per altri interventi per € 6.000,00 nell'anno 2020, 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) relative all'anno 2020.

Qualora venga accertata la non veridicità delle dichiarazioni rese, il richiedente decadrà dal beneficio concesso, con obbligo di restituzione delle somme fino a quel momento indebitamente percepite. Inoltre, il soggetto non potrà presentare altre richieste di contributi per un anno ed incorrerà nelle sanzioni previste dal codice penale e delle leggi speciali in materia.

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, verrà presa in considerazione la data e l'ora di arrivo della domanda all'Ufficio di Piano del Consorzio Valle del Tevere.

SEDE LEGALE

c/o Comune di Formello
Piazza S. Lorenzo, 8
00060 Formello RM

TELEFONI

06 90194606-607-608
Fax 06 9089577

E-MAIL

presidente@consorziovalledeltevere.it
direttore@consorziovalledeltevere.it
amministrazione@consorziovalledeltevere.it
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it
info@pec.consorziovalledeltevere.it

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

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



CONSORZIO
INTERCOMUNALE
DEI SERVIZI E
INTERVENTI SOCIALI

Trasparenza

Il presente Avviso verrà pubblicato sul sito del Consorzio Valle del Tevere e verrà trasmesso a tutti i Comuni appartenenti al Consorzio con richiesta di pubblicare l'Avviso sui siti istituzionali dei Comuni stessi.

Per ogni utile informazione è possibile rivolgersi presso i Comuni del Consorzio e/o presso l'Ufficio di Piano del Consorzio Valle del Tevere.

Telefono 06 90194606/607/608- E- mail: E-mail direttore@consorziovalledeltevere.it
amministrazione@consorziovalledeltevere.it;
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it

Il Responsabile del Procedimento è Federico Conte, Direttore del Consorzio Valle del Tevere Tel. -06 90194606 - Fax 06 9089577.

E-mail direttore@consorziovalledeltevere.it

CODICE FISCALE

97874100585

COMUNI DI

Campagnano di Roma
Capena
Castelnuovo di Porto
Civitella San Paolo
Fiano Romano
Filacciano
Formello
Magliano Romano
Mazzano Romano
Morlupo
Nazzano
Ponzano Romano
Riano
Rignano Flaminio
Sacrofano
Sant'Oreste
Torrita Tiberina

Il Direttore

Dott. Federico Conte

Approvato con Determinazione n. 52 del 11.02.2021

Prot. n. 185 del 15.02.2021

SEDE LEGALE

c/o Comune di Formello
Piazza S. Lorenzo, 8
00060 Formello RM

TELEFONI

06 90194606-607-608
Fax 06 9089577

E-MAIL

presidente@consorziovalledeltevere.it
direttore@consorziovalledeltevere.it
amministrazione@consorziovalledeltevere.it
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it
info@pec.consorziovalledeltevere.it



CONSORZIO
INTERCOMUNALE
DEI SERVIZI E
INTERVENTI SOCIALI

CODICE FISCALE
97874100585

COMUNI DI

Campagnano di Roma
Capena
Castelnuovo di Porto
Civitella San Paolo
Fiano Romano
Filacciano
Formello
Magliano Romano
Mazzano Romano
Morlupo
Nazzano
Ponzano Romano
Riano
Rignano Flaminio
Sacrofano
Sant'Oreste
Torrita Tiberina

SEDE LEGALE

c/o Comune di Formello
Piazza S. Lorenzo, 8
00060 Formello RM

TELEFONI

06 90194606-607-608
Fax 06 9089577

E-MAIL

presidente@consorziovalledeltevere.it
direttore@consorziovalledeltevere.it
amministrazione@consorziovalledeltevere.it
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it
info@pec.consorziovalledeltevere.it

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/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:

8. Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente e del minore;
9. Copia della diagnosi di Disturbo dello spettro autistico del minore
10. Autodichiarazione dello stato di famiglia;
11. Eventuali certificazioni (L.104/92, verbale di invalidità, ecc.) di altre patologie del minore e/o di altri componenti del nucleo familiare;
12. Autocertificazione circa la tipologia di servizi già attivi o attivabili (ad esempio, numero di ore di assistenza domiciliare, altre forme di contributi economici) nelle rete socio sanitaria a favore della persona per la quale si richiede il contributo;
13. Documento in corso di validità attestante l'indicatore della situazione economica equivalente - ISEE - del nucleo familiare del minore beneficiario;
14. 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 2020;
15. Modello "D" "MODALITA' DI PAGAMENTO DEL CONTRIBUTO";



CONSORZIO
INTERCOMUNALE
DEI SERVIZI E
INTERVENTI SOCIALI

CODICE FISCALE

97874100585

COMUNI DI

Campagnano di Roma
Capena
Castelnuovo di Porto
Civitella San Paolo
Fiano Romano
Filacciano
Formello
Magliano Romano
Mazzano Romano
Morlupo
Nazzano
Ponzano Romano
Riano
Rignano Flaminio
Sacrofano
Sant'Oreste
Torrita Tiberina

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

SEDE LEGALE

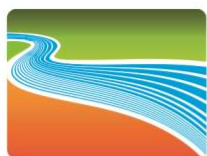
c/o Comune di Formello
Piazza S. Lorenzo, 8
00060 Formello RM

TELEFONI

06 90194606-607-608
Fax 06 9089577

E-MAIL

presidente@consorziovalledeltevere.it
direttore@consorziovalledeltevere.it
amministrazione@consorziovalledeltevere.it
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it
info@pec.consorziovalledeltevere.it



**VALLE del
TEVERE**

CONSORZIO
INTERCOMUNALE
DEI SERVIZI E
INTERVENTI SOCIALI

- fattura n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____
- fattura n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____
- fattura n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____

per un totale di € _____

2. di allegare copia delle fatture sopra elencate e dei relativi bonifici di pagamento;
3. di non percepire altri contributi pubblici per le spese relative ai medesimi interventi.

CODICE FISCALE

97874100585

Luogo e Data _____

COMUNI DI

Campagnano di Roma
Capena
Castelnuovo di Porto
Civitella San Paolo
Fiano Romano
Filacciano
Formello
Magliano Romano
Mazzano Romano
Morlupo
Nazzano
Ponzano Romano
Riano
Rignano Flaminio
Sacrofano
Sant'Oreste
Torrita Tiberina

Firma

SEDE LEGALE

c/o Comune di Formello
Piazza S. Lorenzo, 8
00060 Formello RM

TELEFONI

06 90194606-607-608
Fax 06 9089577

E-MAIL

presidente@consorziovalledeltevere.it
direttore@consorziovalledeltevere.it
amministrazione@consorziovalledeltevere.it
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it
info@pec.consorziovalledeltevere.it



VALLE del TEVERE
 CONSORZIO
 INTERCOMUNALE
 DEI SERVIZI E
 INTERVENTI SOCIALI

CODICE FISCALE
 97874100585

COMUNI DI
 Campagnano di Roma
 Capena
 Castelnuovo di Porto
 Civitella San Paolo
 Fiano Romano
 Filacciano
 Formello
 Magliano Romano
 Mazzano Romano
 Morlupo
 Nazzano
 Ponzano Romano
 Riano
 Rignano Flaminio
 Sacrofano
 Sant'Oreste
 Torrita Tiberina

SEDE LEGALE
 c/o Comune di Formello
 Piazza S. Lorenzo, 8
 00060 Formello RM

TELEFONI
 06 90194606-607-608
 Fax 06 9089577

E-MAIL
 presidente@consorziovalledeltevere.it
 direttore@consorziovalledeltevere.it
 amministrazione@consorziovalledeltevere.it
 ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it
 info@pec.consorziovalledeltevere.it

Modello "D"

MODALITA' DI PAGAMENTO DEL CONTRIBUTO

N.B. l'intestatario del c/c deve coincidere con il richiedente, anche solo cointestante

BONIFICO BANCARIO

Intestatario conto:

Istitutobancario																														
Indirizzo		Città																												
Agenzia n°																														
Coordinate Bancarie (Codice IBAN)																														
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																														

E' obbligatorio indicare la dicitura completa dell'istituto di credito e compilare tutte le 27 caselle relative al codice IBAN. In caso contrario potrebbe essere compromessa la regolarità e la tempestività del pagamento.

Autorizzo il trattamento dei dati personali presenti nella domanda, 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



CONSORZIO
INTERCOMUNALE
DEI SERVIZI E
INTERVENTI SOCIALI

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).

Criteri di valutazione

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

SCHEDA INTEGRATA SOCIO-SANITARIA

1) Diagnosi ASD

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

CODICE FISCALE

97874100585

COMUNI DI

Campagnano di Roma
Capena
Castelnuovo di Porto
Civitella San Paolo
Fiano Romano
Filacciano
Formello
Magliano Romano
Mazzano Romano
Morlupo
Nazzano
Ponzano Romano
Riano
Rignano Flaminio
Sacrofano
Sant'Oreste
Torrita Tiberina

SEDE LEGALE

c/o Comune di Formello
Piazza S. Lorenzo, 8
00060 Formello RM

TELEFONI

06 90194606-607-608
Fax 06 9089577

E-MAIL

presidente@consorziovalledeltevere.it
direttore@consorziovalledeltevere.it
amministrazione@consorziovalledeltevere.it
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it
info@pec.consorziovalledeltevere.it



CONSORZIO
INTERCOMUNALE
DEI SERVIZI E
INTERVENTI SOCIALI

CODICE FISCALE
97874100585

COMUNI DI

Campagnano di Roma
Capena
Castelnuovo di Porto
Civitella San Paolo
Fiano Romano
Filacciano
Formello
Magliano Romano
Mazzano Romano
Morlupo
Nazzano
Ponzano Romano
Riano
Rignano Flaminio
Sacrofano
Sant'Oreste
Torrita Tiberina

SEDE LEGALE

c/o Comune di Formello
Piazza S. Lorenzo, 8
00060 Formello RM

TELEFONI

06 90194606-607-608
Fax 06 9089577

E-MAIL

presidente@consorziovalledeltevere.it
direttore@consorziovalledeltevere.it
amministrazione@consorziovalledeltevere.it
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it
info@pec.consorziovalledeltevere.it

2) Servizi (ore e/o contributi)

	ATTIVI	PUNTEGGIO	RISERVATO UFFICIO	NOTE- Servizi attivabili
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		4		
Totale (max 20)				

3) Nucleo familiare max 20

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

<u>Composizione del nucleo familiare</u>	PUNTEGGIO	RISERVATO ALL'UFFICIO
Nucleo familiare monogenitoriale	4	



CONSORZIO
INTERCOMUNALE
DEI SERVIZI E
INTERVENTI SOCIALI

CODICE FISCALE
97874100585

COMUNI DI

Campagnano di Roma
Capena
Castelnuovo di Porto
Civitella San Paolo
Fiano Romano
Filacciano
Formello
Magliano Romano
Mazzano Romano
Morlupo
Nazzano
Ponzano Romano
Riano
Rignano Flaminio
Sacrofano
Sant'Oreste
Torrita Tiberina

SEDE LEGALE

c/o Comune di Formello
Piazza S. Lorenzo, 8
00060 Formello RM

TELEFONI

06 90194606-607-608
Fax 06 9089577

E-MAIL

presidente@consorziovalledeltevere.it
direttore@consorziovalledeltevere.it
amministrazione@consorziovalledeltevere.it
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it
info@pec.consorziovalledeltevere.it

Nucleo familiare 3/4 persone	2	
Nucleo familiare 5 o più persone	4	
Totale (max 10)		

4) Condizione economica

- ISEE ORDINARIO	PUNTEGGIO	RISERVATO ALL'UFFICIO
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	
Totale (max 10)		