



Distretto  
Socio Sanitario  
LT/5

Modello "A"

Domanda di sostegno economico per famiglie  
con minori in età evolutiva prescolare con disturbo dello spettro autistico

AL COMUNE DI \_\_\_\_\_  
DISTRETTO Socio-Sanitario LT/5

**DOMANDA DI SOSTEGNO ECONOMICO PER FAMIGLIE CON MINORI IN ETÀ  
EVOLUTIVA PRESCOLARE NELLO SPETTRO AUTISTICO**  
(ai sensi del Regolamento Regionale 15 gennaio 2019, n. 1)

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**

- Perogazione di un contributo regionale per le spese sostenute per gli interventi di cui al Regolamento regionale 15 gennaio 2019, n. 1;

Si allega:

- a) Diagnosi di disturbo dello spettro autistico;
- b) Documento aggiornato attestante l'indicatore della situazione economica equivalente – ISEE del nucleo familiare del minore beneficiario;



**Direzione Regionale Per L'Inclusione Sociale**  
**Area Sussidiarietà orizzontale e Terzo Settore**  
**GR/40/07**

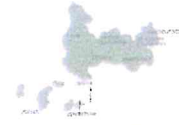
4. L'indirizzo PEC di riferimento della misura è [imporasocietaeserviziocivile@regione.lazio.it](mailto:imporasocietaeserviziocivile@regione.lazio.it)

**5. Erogazione fondi da parte della Regione Lazio**

1. In fase di prima attuazione della misura, la Regione Lazio con Determinazione G17743 del 31 dicembre 2018, ha predisposto l'assegnazione e la liquidazione di un primo fondo ai distretti sociosanitari, come quota in acconto per l'annualità 2019.
2. Con successivo atto, entro il 30 aprile 2019, l'Amministrazione regionale predispone l'assegnazione e l'impegno dei fondi, come quota a saldo per l'annualità in corso. I Distretti hanno a disposizione un'indicazione di massimale per l'anno in corso, a cui fare riferimento per la definizione dei contributi alle famiglie.
3. La liquidazione del saldo è subordinata alla presentazione e alla verifica delle rendicontazioni delle spese sostenute da Roma Capitale e dai Comuni/Enti capofila di distretto socio-sanitario, relativamente alla misura di sostegno economico in oggetto, secondo la tempistica di cui al comma 4.3.

**Allegati:**

- modello A "Domanda di sostegno economico per famiglie con minori in età evolutiva prescolare nello spettro autistico";
- modello B "Programmazione per la misura di sostegno ASD"
- modello C "Dichiarazione delle spese sostenute ai fini del sostegno economico per le famiglie con minori in età evolutiva prescolare con disturbo dello spettro autistico";
- modello D "Rendiconto e prospetto riepilogativo della misura di sostegno alle famiglie con minori in età evolutiva prescolare nello spettro autistico".



**Distretto  
Socio Sanitario  
LT/5**

*Modello "A"*

*Domanda di sostegno economico per famiglie  
con minori in età evolutiva prescolare con disturbo dello spettro autistico*

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,.....

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

\_\_\_\_\_

il presente modello debitamente compilato va consegnato secondo le modalità disposte dall'avviso pubblico n...del.... Emanato dal Comune/Ente capofila di distretto socio-sanitario.

