

## AVVISO PUBBLICO

Domanda di contributo anno \_\_2019\_\_ per “ Interventi a sostegno dei cittadini residenti nel Lazio affetti da patologie oncologiche e in lista d’attesa per trapianto di organi solidi o di midollo”

D.G.R. 305/19

La Regione Lazio intende con il presente avviso sostenere i cittadini residenti nel Lazio affetti da patologie oncologiche e pazienti in attesa di trapianto di organi solidi o di midollo tramite un contributo economico concesso agli stessi attraverso le Aziende Sanitarie Locali .

I soggetti destinatari sono i seguenti:

1. pazienti affetti da patologie oncologiche che necessitano di trattamenti medici, clinici di laboratorio, chirurgici e radioterapici presso strutture sanitarie regionali la cui patologia sia certificata dai responsabili dei centri di riferimento;
2. pazienti in lista d'attesa per trapianto di organi solidi o di midollo che si sottopongono a tipizzazioni tissudali a trapianti o controlli periodici a seguito di complicanze.

La domanda di contributo va presentata al Distretto Sanitario di Subiaco Ufficio PUA corredata da:

Pazienti oncologici

1. documentazione attestante la residenza nel Lazio
2. esenzione per patologia oncologica cod.48
3. dichiarazione ai sensi degli art. 46 e 47 DPCM 445/2000 attestante il grado di parentela o affinità o la convivenza con il destinatario del contributo nel caso in cui la domanda non venga presentata direttamente dal paziente.

Pazienti in attesa di trapianto:

1. documentazione attestante la residenza nel Lazio
2. certificazione emessa da uno dei centri di riferimento presenti sul territorio nazionale
3. di trovarsi nelle condizioni previste dall'art.4 comma 48 lett. b
3. dichiarazione ai sensi degli art. 46 e 47 DPCM 445/2000 attestante il grado di parentela o affinità o la convivenza con il destinatario del contributo nel caso in cui la domanda non venga presentata direttamente dal paziente.

Tutte e due la categorie debbono presentare :

Sia le persone affette da patologie oncologiche sia quelle in lista di attesa per trapianto di organi solidi o di midollo dovranno produrre idonea documentazione attestante una delle sottoelencate condizioni:

1. di trovarsi in condizione di forte svantaggio economico (attestazione indicatore ISEE con valore non superiore a € 5.000,00);
2. di avere perso il proprio posto di lavoro (tale condizione potrà essere dimostrata anche attraverso la presentazione dell'ISEE corrente di cui all'art. 9 del DPCM n. 159/2013 e smi);
3. di avere terminato il periodo di malattia retribuito riconosciuto dal contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL) e di aver dovuto ricorrere al periodo di aspettativa non retribuita;

Verrà effettuata valutazione dalla UVMD distrettuale e le istanze verranno inviate alla Direzione Generale Aziendale che trasmetterà gli esiti alla Direzione Regionale Inclusione sociale che procederà all'erogazione di contributi alle ASL per la liquidazione agli aventi diritto.

L'importo massimo del contributo da erogare a ciascun beneficiario non potrà superare l'importo annuale di € 2.000,00.

Si possono presentare istanze fino al 31/07/2019 .

DIRETTORE DISTRETTO SANITARIO DI SUBIACO  
F.to DOTT. FRANCO CORTELLESA



Domanda di contributo anno \_\_\_2019\_\_\_ per “ Interventi a sostegno dei cittadini residenti nel Lazio affetti da patologie oncologiche e in lista d’attesa per trapianto di organi solidi o di midollo”.

AL DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI SUBIACO

UFFICIO PUA

ASLROMA5

Il richiedente (o assistito per la quale si avanza richiesta)

Sig./ra \_\_\_\_\_

Nata a \_\_\_\_\_ pr. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Recapiti (cellulare /telefono fisso/altro) \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Medico di Medicina Generale

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Recapito \_\_\_\_\_

Specialista del SSN

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Recapito \_\_\_\_\_

In caso di rappresentante legale (genitore, tutore, procuratore, ecc.) o di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere – art. 4, D.P.R. 445/2000, compilare anche i seguenti campi:

Sig./ra \_\_\_\_\_

Nata a \_\_\_\_\_ pr. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_



Città \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Recapiti (cellulare /telefono fisso/altro) \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

In qualità di :

- Rappresentante legale del richiedente

Tutore \_\_\_\_\_

Procuratore \_\_\_\_\_

Altro \_\_\_\_\_

Persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (specificare il grado di parentele) \_\_\_\_\_

Recapiti (cellulare /telefono fisso/altro) \_\_\_\_\_

Per conto del richiedente

## CHIEDE

Di beneficiare del contributo di cui alla Delibera di Giunta Regionale n°305/19

A tal fine allega :

- Fotocopia tessera sanitaria
- Certificazione medica rilasciata dallo specialista del SSN o centro di riferimento specialistico che segue il paziente
- Autocertificazione di residenza
- Esenzione per patologia cod. 048

Il richiedente /rappresentante legale /persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente , consapevole delle sanzioni civili e penali in caso di dichiarazione mendace ai sensi art. 76 DPR 445/2000 smi

## DICHIARA

(Indicare la condizione presente )

- Di trovarsi in condizione di forte svantaggio economico (ISEE con valore non superiore ad € 5.000,00)
- Di aver perso il proprio posto di lavoro (documentazione relativa)
- Di aver terminato il periodo di malattia retribuito riconosciuto dal CCNL e di aver dovuto ricorrere al periodo di aspettativa non retribuita.



Il richiedente chiede che il contributo venga liquidato secondo la modalità prescelta (barrare la modalità prescelta)

- Versamento sul proprio conto corrente bancario o postale

Banca o Ufficio Postale \_\_\_\_\_

Agenzia \_\_\_\_\_

Codice IBAN \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_

(FIRMA LEGGIBILE)