



AVVISO PUBBLICO

Domanda di contributo **anno 2020** 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” (DGR 586/20).

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

I destinatari del presente avviso sono:

- 1) pazienti affetti da patologie oncologiche che necessitano di trattamenti medici, clinici, di laboratorio, chirurgici e radioterapici presso strutture sanitarie regionali, le cui patologie sono certificate dai responsabili dei centri di riferimento oncologici, o di strutture a valenza regionale o da altro dirigente sanitario da essi delegato .
- 2) pazienti in lista d'attesa per trapianto di organi solidi o di midollo che si sottopongono a tipizzazioni tissutali, a trapianti, a controlli periodici ed a interventi e ricoveri conseguenti ad eventuali complicanze;

La domanda di contributo va presentata al Distretto Sanitario di Subiaco - Ufficio PUA - il mercoledì dalle 9,00 alle 12,00 corredata dalla documentazione di seguito descritta.

Persone affette da patologia oncologica:

- documentazione attestante la residenza nella Regione Lazio;
- esenzione per patologia oncologica cod. 48;
- dichiarazione, ai sensi degli artt. 46 e 47 DPCM 445/2000 e smi, attestante il grado di parentela o affinità o la condizione di convivenza con il destinatario del contributo nel caso in cui la domanda non venga presentata direttamente dall’interessato.

Persone in lista di attesa per trapianto di organi solidi o di midollo:

- documentazione attestante la residenza nella Regione Lazio;
- certificazione emessa da uno dei centri di riferimento presenti sul territorio nazionale di trovarsi nelle condizioni previste dall’art. 4, comma 48, lettera b);
- dichiarazione, ai sensi degli artt. 46 e 47 DPCM 445/2000 e smi, attestante il grado di parentela o affinità o la condizione di convivenza con il destinatario del contributo nel caso in cui la domanda non venga presentata direttamente dall’interessato.

Sia le persone affette da patologie oncologiche sia quelle in lista di attesa per trapianto di organi solidi o di midollo dovranno produrre attestazione dell’indicatore ISEE con valore non superiore a € 15.000,00 calcolato secondo quanto disposto dal DPCM 159/2013 e smi. Si specifica che l’attestazione ISEE come sopra indicata dovrà essere calcolata secondo le disposizioni previste dall’art.6 del DPCM 159/2013 e smi.



Per le persone che non abbiano ancora ottenuto il riconoscimento formale del grado di disabilità-non autosufficienza da parte delle autorità competenti -allegato 3 al DPCM 159/2013- sarà possibile utilizzare l'ISEE ordinario conformemente alle indicazioni fornite dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali-INPS .

Gli utenti che si trovano in una delle condizioni previste dal comma 49 dell'art .4 della L.R. 13/2018 ovvero perdita del proprio posto di lavoro oricorso al periodo di aspettativa non retribuita avendo terminato il periodo di malattia retribuito riconosciuto dai contratti collettivi di lavoro potranno produrre idonea documentazione attestante una delle sopraelencate condizioni anche attraverso la presentazione dell'ISEE corrente di cui all'art. 9 del DPCM n. 159/2013 e smi purché presenti un valore inferiore a 15.000,01

La valutazione delle istanze pervenute verrà effettuata dalla UVMD distrettuale che, a conclusione dell'istruttoria sul possesso dei requisiti di ammissibilità, trasmetterà le istanze alla Direzione Generale Aziendale che successivamente rimetterà gli esiti alla Direzione Regionale per l'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 la somma annuale di € 2.000,00.

Cause di esclusione e di decadenza del contributo:

Il presente contributo non è cumulabile con altri contributi erogati per le medesime finalità in base ad altre leggi nazionali o regionali.

Sono esclusi dal contributo le persone non in possesso dei requisiti previsti dal presente atto.

Costituiscono cause di decadenza dal beneficio le condizioni sotto indicate se intervenute in data compresa tra la presentazione della domanda e l'erogazione del contributo:

- il decesso del beneficiario;
- la perdita dei requisiti di accesso;
- ricovero continuativo in hospice o altra tipologia di struttura residenziale a totale carico del SSR, o in strutture residenziali sociosanitarie.

Il termine di scadenza per la presentazione delle istanze è il 31/10/2020.

Il Direttore del Distretto Sanitario di Subiaco

Dott. Franco Cortellessa

Distretto Sanitario di Subiaco

Il Direttore

Dr. Franco Cortellessa



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 5



REGIONE
LAZIO

Domanda di contributo anno 2020 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” (DGR 586/20).

AL DISTRETTO SANITARIO DI SUBIACO
UFFICIO PUA
ASL ROMA5

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

Sig./ra _____

Nato/a a _____ prov. _____

il _____

Residente in via _____ n° _____

Città _____ cap _____

Provincia _____

Codice Fiscale _____

Recapiti telefonici (fisso-mobile) _____

Indirizzo email _____

Medico di Medicina Generale

Nome _____ Cognome _____

Recapito _____

Specialista del SSN

Nome _____ Cognome _____

Recapito _____

Sig./ra _____

Nata a _____ pr. _____ il _____

Residente in via _____ n° _____

Città _____ cap. _____ Provincia _____

Recapiti telefonici (cellulare/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 parentela) _____

Per conto del richiedente

CHIEDE

Di beneficiare del contributo di cui alla Delibera di Giunta Regionale n° 586/20 ed a tal fine allega:

Fotocopia tessera sanitaria;

Certificazione rilasciata da responsabili del centro di riferimento oncologico o di struttura a valenza regionale o da altro dirigente sanitario da essi delegato;

Certificazione emessa da uno dei centri di riferimento nazionali di trovarsi nelle condizioni previste dall'art. 4, comma 48, lettera b);

Esenzione per patologia cod. 048;

Autocertificazione di residenza;

Dichiarazione, ai sensi degli artt. 46 e 47 DPCM 445/2000 e smi, attestante il grado di parentela o affinità o la condizione di convivenza con il destinatario del contributo nel caso in cui la domanda non venga presentata direttamente dal paziente.

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 e smi,

DICHIARA

(Indicare la condizione presente)

- Di trovarsi in condizione di forte svantaggio economico (allegata attestazione indicatore ISEE con valore non superiore a € 15.000,00);
- Di avere perso il proprio posto di lavoro (allegata relativa documentazione);
- Di aver 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 (allegata idonea documentazione).

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

- | | | | | | | |
|--------------------------|------------|-----|---------|-------|----------|----------|
| <input type="checkbox"/> | Versamento | sul | proprio | conto | corrente | bancario |
| <hr/> | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Versamento | sul | proprio | conto | corrente | postale |
| <hr/> | | | | | | |

Banca o Ufficio Postale _____

Agenzia _____

IBAN _____

Data _____

IL RICHIEDENTE/DICHIARANTE

(FIRMA LEGGIBILE)