



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 5



REGIONE
LAZIO

AVVISO PUBBLICO

Domanda di contributo **secondo bando anno 2021** “ Contributi alle donne sottoposte a terapia oncologica per l’acquisto della parrucca e istituzione della Banca della parrucca” (DGR 493/2020).

La Regione Lazio persegue la tutela della salute e del benessere delle persone, con particolare riferimento alle situazioni che possono incidere negativamente sul loro equilibrio fisico e psichico.

In attuazione dell’art 7 , commi 77 – 81 della legge regionale n. 28/2019 è prevista l’erogazione di un contributo destinato alle donne sottoposte a terapia oncologica per l’acquisto di una parrucca.

Per l’erogazione del contributo in questione le Aziende Sanitarie Locali emanano n. 3 avvisi pubblici durante il corso dell’anno solare con scadenza 28 febbraio, 30 giugno e 31 ottobre .

I destinatari del presente avviso sono tutte le donne residenti nel Lazio affette da alopecia conseguente a terapia oncologica .

Possono presentare domanda di contributo anche coloro che abbiano con le destinatarie del contributo rapporti di parentela o affinità, entro il terzo grado, o di convivenza.

La domanda di contributo va presentata al Distretto Sanitario di Subiaco – Ufficio PUA – dal Lunedì al Venerdì dalle ore 9,00 -11,00 - corredata dalla documentazione sottoelencata:

- Dichiarazione, ai sensi dell’articolo 46 del DPR n. 445/2000 e s.m.i., attestante la residenza nella Regione Lazio;
- Certificazione medica rilasciata dal medico di medicina generale o specialista del SSR che attesti la patologia oncologica e il conseguente trattamento causa dell’alopecia;
- Scontrino fiscale o fattura o ricevuta dell’acquisto della parrucca;
- Attestazione dell’indicatore ISEE con valore non superiore a E 25.000,00, calcolato secondo quanto disposto dal DPCM 159/2013 e s.m.i.;
- dichiarazione, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR n. 445/2000 e s.m.i., 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;

Per coloro che non abbiano 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 nel documento “ ISEE indicatore della Situazione Economica Equivalente – Le risposte alle domande più frequenti”.

Distretto Sanitario Subiaco Asl Roma 5
Direttore Sanitario
Largo Mazzini, 5

Ufficio PUA t + 39.0774.824135
franco.cortellessa@aslroma5.it
distretto.subiaco@aslroma5.it - distretto.subiaco@pec.aslromag.it

Le istanze verranno valutate dalla UVMD distrettuale e, a conclusione dell'istruttoria sul possesso dei requisiti di ammissibilità, verranno inviate alla Direzione Generale Aziendale che trasmetterà entro il 31 marzo 2021 gli esiti (elenco puntuale delle donne aventi diritto al contributo corredato della data di protocollazione dell'istanza e dell'importo della spesa sostenuta da ciascun richiedente) alla Direzione Regionale per l'inclusione sociale per la presa d'atto dei dati e l'assegnazione dei finanziamenti finalizzati all'erogazione dei contributi alle ASL per la liquidazione agli aventi diritto.

I suindicati dati andranno acquisiti nel rispetto di quanto disposto dalla normativa vigente in materia di trattamento dei dati personali.

L'importo del contributo erogabile per ciascuna beneficiaria è quantificato in E 250,00 e comunque non potrà essere superiore al costo sostenuto per l'acquisto della parrucca.

Le domande di contributo ritenute ammissibili che non rientreranno nell'assegnazione di ciascun avviso in quanto in esubero rispetto alle risorse disponibili, verranno inserite con priorità nell'assegnazione relativa al successivo avviso.

L'utente, per l'importo di spesa che resta a suo carico eccedente il contributo regionale erogato, potrà usufruire delle agevolazioni fiscali previste dal DPR 917/1986, nel rispetto di quanto disposto DGR n. 568 del 9 ottobre 2018 "Detraibilità ai fini fiscali delle protesi tricologiche ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c), del TIUR. Indirizzi applicativi".

I dati personali di cui l'amministrazione Regionale verra' in possesso in ragione della concessione dei contributi previsti dal presente atto confluiranno in un archivio, di cui è titolare la Regione Lazio - giunta Regionale, che si riserva di raccogliere, trattare, comunicare e diffondere in forma aggregata i dati forniti, nei limiti e secondo le disposizioni dettate dal D.Lgs. n. 196/2003, "Codice in materia di protezione dei dati personali", nonché, dal Regolamento (UE) 2016/679 "Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati" (GDPR).

La ASL Roma 5 potrà trasmettere, previo consenso delle interessate, i nominativi delle aventi diritto al contributo, alla Banca della Parrucca al fine di rendere possibile, al termine dell'utilizzo della parrucca acquistata, l'eventuale donazione della stessa.

Il termine di scadenza per la presentazione delle istanze del presente bandi è il 30/06/2021

Il Direttore del Distretto Sanitario di Subiaco

Dott. F. Cortellessa



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 5REGIONE
LAZIO

Domanda di contributo primo bando anno 2021 – “ Contributo alle donne sottoposte a terapia oncologica per l’acquisto della parrucca e istituzione della Banca della parrucca “ (DGR 493/2020).

**AL DISTRETTO SANITARIO DI SUBIACO
UFFICIO PUA
ASL ROMA 5**

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

Sig./ra _____
Nato/a a _____ prov. _____ il _____
Residente in Via _____ n. _____
Citta' _____ cap. _____ Provincia _____
Codice fiscale _____
Recapiti telefonici (fisso –mobile) _____
Indirizzo email _____

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 DPR 445/2000, compilare anche i seguenti campi:

Sig./a _____
Nato/a _____ prov. _____ il _____
Residente in Via _____ n. _____
Citta' _____ cap. _____ Provincia _____
Recapiti telefonici(cellulare/fisso/altro) _____
Codice Fiscale _____
In qualita' di:

• Rappresentante legale della richiedente:

- ☐ Tutore _____
- ☐ Procuratore _____
- ☐ Altro _____
- ☐ Persona che puo' firmare per impedimento temporaneo della richiedente a sottoscrivere
- ☐ (specificare il grado di parentela) _____

Per conto della richiedente

CHIEDE

Di beneficiare del contributo di cui alla Delibera di Giunta Regionale n° 493/2020 ed a tal fine allega:



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 5



REGIONE
LAZIO

- Fotocopia tessera sanitaria;
- certificazione medica rilasciata dal medico di medicina generale o specialista del SSR che attesti la patologia oncologica e il conseguente trattamento causa alopecia;
- scontrino fiscale o fattura o ricevuta relativa all'acquisto della parrucca;
- attestazione dell'indicatore ISEE con valore superiore a € 25.000,00, calcolato secondo quanto disposto dal DPCM 159/2013 e smi;
- dichiarazione, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR n. 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'interessata;
- Autocertificazione di residenza nella Regione Lazio;

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 dell'art. 76 DPR 445/2000 e smi:

DICHIARA

(Indicare la condizione presente)

- Di avere ISEE non superiore a € 25.000,00 (allegata attestazione ISEE con valore non superiore a € 25.000,00);
- di essere sottoposto a terapia oncologica (allegata relativa certificazione medica);
- di aver acquistato una parrucca (allegata fattura/ricevuta/scontrino fiscale);

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

- Versamento sul proprio conto corrente bancario _____
- Versamento sul proprio conto corrente postale _____

Banca o Ufficio Postale _____

Agenzia _____

IBAN _____

Data _____

L'OPERATORE DEL PUA

IL RICHIEDENTE /DICHIARANTE

FIRMA

(FIRMA LEGGIBILE)