

AVVISO PUBBLICO

Contributi per l'anno 2023 “ Interventi a sostegno dei cittadini residenti nel Lazio affetti da patologie oncologiche e in lista di attesa per trapianto di organi solidi o midollo” **scadenza 31 Luglio 2023**

La Regione Lazio intende 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 (DGR.586/2020 e 456/2021).

Destinatari del contributo:

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 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 ad interventi e ricoveri conseguenti ad eventuali complicanze.

La domanda di contributo, corredata dalla documentazione necessaria, va inoltrata alla ASL di Viterbo entro e non oltre il 31 luglio 2023 secondo le seguenti modalità:

- a) presentazione presso gli sportelli PUA (Punti Unici di Accesso) di Tarquinia, Montefiascone, Viterbo, Orte, Soriano nel Cimino, Vetralla, Civita Castellana
- b) invio tramite PEC (posta elettronica certificata) all'indirizzo: prot.gen.asl.vt.it@legalmail.it
- c) invio tramite raccomandata A.R. all'indirizzo: ASL Viterbo Via Enrico Fermi 15 – 01100 Viterbo – Direzione Distretto B

Sedi PUA per la presentazione delle domande

Orario sportelli: dal lunedì al venerdì 8.30 – 12.00

DISTRETTO	SEDE	INDIRIZZO	E-MAIL	RECAPITO TELEFONICO
Distretto A	Tarquinia	Viale Igea I	pua.tarquinia@asl.vt.it	0766-846201 0766-846205
	Montefiascone	Via Dante Alighieri 100	pua.montefiascone@asl.vt.it	0761-1860342 0761-1860339
Distretto B	Viterbo – Cittadella della Salute	Via Enrico Fermi 15	pua.distrettob@asl.vt.it	0761-236815 0761-236514
	Orte	Via Antonio Gramsci 66		0761-338218
	Soriano nel Cimino	Via Innocenzo VIII, 73		0761-745021

Distretto C	Civita Castellana-Cittadella della Salute	Via Francesco Petrarca, snc	pua.distrettoc@asl.vt.it	0761-592343 0761-592361
	Vetralla	S.S. Cassia KM 63	pua.vetralla@asl.vt.it	0761-338762

Documentazione da allegare alla domanda:

1. dichiarazione redatta ai sensi dell'articolo 46 del DPR n. 445/2000 e ss.mm.ii. attestante la residenza del richiedente nella Regione Lazio;
2. fotocopia del documento di identità del richiedente in corso di validità;
3. esenzione per patologia oncologica cod. 48 (solo per le patologie oncologiche) oppure Certificazione emessa da uno dei centri di riferimento presenti sul territorio nazionale di trovarsi nelle condizioni previste dall'art.4, comma 48, lettera b, L.R. 13/2018 (solo per le persone in lista di attesa per trapianto di organi solidi o di midollo);
4. dichiarazione ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR n.445/2000 e ss.mm.ii. 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 dall'interessato;
5. dichiarazione ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR n.445/2000 e ss.mm.ii. attestante i dati bancari/postali per consentire la liquidazione del contributo;
6. Attestazione ISEE con valore non superiore a 15.000,00 (quindicimila) euro, calcolato secondo quanto disposto dall'art. 6 del DPCM 159/2013 e ss.mm.ii.. Nei casi in cui il richiedente non abbia ottenuto il riconoscimento formale del grado di disabilità – non autosufficienza da parte delle Autorità competenti, oppure nei casi di perdita del posto di lavoro o di ricorso al periodo di aspettativa non retribuita, per termine del periodo di aspettativa retribuita riconosciuta dal CCNL, i richiedenti potranno produrre attestazione ISEE corrente ai sensi dell'art. 9 del DPCM 159/2013 e ss.mm.ii..

Procedura di erogazione del contributo:

Sulle domande pervenute, verrà effettuata valutazione da parte della Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale (UVMD) competente.

Le risultanze delle valutazioni effettuate dalla UVMD verranno trasmesse, a cura della Direzione Generale della ASL Viterbo, alla Direzione Regionale del Lazio - Inclusione Sociale entro il 31 ottobre 2023.

La stessa procederà all'erogazione di contributi alle AA.SS.LL. del Lazio per la liquidazione agli aventi diritto con un contributo annuale, variabile, sulla base del numero di domande pervenute e comunque non superiore a € 2.000,00 (duemila).

Cause di esclusione e di decadenza del contributo:

Il contributo non è cumulabile con altri contributi erogati per le medesime finalità in base ad altre leggi nazionali o regionali. Sono escluse 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'approvazione dell'elenco dei beneficiari da parte del nucleo valutativo:

1. decesso del beneficiario;
2. perdita dei requisiti di accesso;
3. ricovero continuativo in hospice o altra tipologia di struttura residenziale a totale carico del SSR, o in strutture residenziali socio-sanitarie.

In caso di decesso del beneficiario, intervenuto successivamente al riconoscimento dell'ammissibilità al beneficio, la Direzione regionale per l'Inclusione sociale provvederà all'assegnazione del relativo contributo alla ASL competente.

La ASL provvederà all'erogazione del contributo in favore degli eventuali eredi che dovranno comunicare formalmente il proprio diritto di successione alla ASL, corredato dalla necessaria documentazione che sarà richiesta dalla ASL stessa.

F.to

Il Commissario Straordinario della ASL Viterbo

Dr. Egisto Bianconi

DOMANDA PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO AFFETTO DA PATOLOGIE ONCOLOGICHE O IN LISTA DI ATTESA PER TRAPIANTO DI ORGANI SOLIDI O DI MIDOLLO

ALLA ASL DI VITERBO - UFFICIO PUA di

Il/la sottoscritto/a

Nato/ail.....

Residente nel Comune

Via/Piazza

Tel. mail

Codice fiscale.....

Medico di Medicina Generale Dr.....

CHIEDE

Di beneficiare del contributo di cui alla Delibera di Giunta Regionale n°456/2021

A tal fine allega:

(Pazienti oncologici)

- Autocertificazione di residenza;
- Certificato di esenzione per patologia cod.048;

(Pazienti in attesa di trapianto)

- Autocertificazione di residenza;
- Certificazione emessa da uno dei centri di riferimento presenti sul territorio di trovarsi nelle condizioni previste dall'art 4, comma 48, lett.B, L.R. 13/2018;

(Entrambe le categorie)

- Certificazione ISEE con valore non superiore a € 15.000,00 ;
- Dichiarazione di eventuale perdita del posto di lavoro (anche attraverso dichiarazione ISEE corrente);
- Dichiarazione di aver terminato il periodo di malattia retribuito riconosciuto dal CCNL e di aver dovuto ricorrere ad un periodo di aspettativa non retribuito.
- 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 dall'interessato
- modulo comunicazione dati bancari/postali
- documento di identità del dichiarante

Autorizzazione al trattamento dei dati personali.

Il sottoscritto acconsente, ai sensi e per gli effetti del D. L.gs. n. 196/2003, nonché del Regolamento (UE) n. 679/2016, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e

nei limiti di cui all'informativa sulla privacy consultabile sul sito della ASL Viterbo, al link <http://www.asl.vt.it/Infosito/Privacy.pdf>

Data

IL DICHIARANTE

.....

(Firma Leggibile)

MODULO COMUNICAZIONE DATI BANCARI/POSTALI

**COMUNICAZIONE DEI DATI BANCARI/POSTALI
AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI
ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N. 445**

Il/la sottoscritto/a
Nato/a a Prov. il
Residente a Prov.
Via/Piazza
Documento di riconoscimento (tipo) n.
rilasciato il da

consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale
(art. 76 D.P.R. n. 445/2000 e art. 495 c.p.)

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' E COMUNICA

Le seguenti informazioni:

- IBAN Conto Bancario/Postale
- AGENZIA

....., li

In fede

.....

122.4

DOMANDA NON PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO AFFETTO DA PATOLOGIE ONCOLOGICHE O IN LISTA DI ATTESA PER TRAPIANTO DI ORGANI SOLIDI O DI MIDOLLO

ALLA ASL DI VITERBO - UFFICIO PUA di

Il/la sottoscritto/a

Nato/a il

Residente nel Comune

Via/Piazza

Tel. mail

Codice fiscale.....

in qualità di:

- familiare
- tutore
- amministratore di sostegno
- altro

(specificare)

del Sig./Sig.ra

Nato/a il

Residente nel Comune

Via/Piazza

Tel. mail

Codice fiscale

Medico di Medicina Generale

CHIEDE

L'erogazione del contributo di cui alla Delibera di Giunta Regionale n° 456 del 13/07/2021

A tal fine allega:

- (Pazienti oncologici)*
 - Autocertificazione di residenza;
 - Certificato di esenzione per patologia cod.048;
- (Pazienti in attesa di trapianto)*
 - Autocertificazione di residenza;

- Certificazione emessa da uno dei centri di riferimento presenti sul territorio di trovarsi nelle condizioni previste dall'art 4, comma 48, lett.B, L.R. 13/2018;

(Entrambe le categorie)

- Certificazione ISEE con valore non superiore a € 15.000,00 ;
- Dichiarazione di eventuale perdita del posto di lavoro (anche attraverso dichiarazione ISEE corrente);
- Dichiarazione di aver terminato il periodo di malattia retribuito riconosciuto dal CCNL e di aver dovuto ricorrere ad un periodo di aspettativa non retribuito.
- 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 dall'interessato
- modulo comunicazione dati bancari/postali
- documento di identità dell'interessato

Autorizzazione al trattamento dei dati personali.

Il sottoscritto acconsente, ai sensi e per gli effetti del D. L.gs. n. 196/2003, nonché del Regolamento (UE) n. 679/2016, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa sulla privacy consultabile sul sito della ASL Viterbo, al link <http://www.asl.vt.it/Infosito/Privacy.pdf>

Data

IL DICHIARANTE

.....
(Firma Leggibile)



MODULO COMUNICAZIONE DATI BANCARI/POSTALI
DELEGA ALLA COMUNICAZIONE DEI DATI BANCARI/POSTALI

Il/la sottoscritto/a
Nato/a a Prov. il
Residente a Prov.
Via/Piazza
Documento di riconoscimento (tipo) n.
rilasciato il da

DELEGA

Il/la Sig./Sig.ra
Nato/a a Prov. il
Documento di riconoscimento (tipo) n.
rilasciato il da

a comunicare per proprio conto le seguenti informazioni:

- IBAN Conto Bancario/Postale
- AGENZIA

N.B. il delegato deve avere con sé un documento di riconoscimento valido e copia del documento di riconoscimento del delegante

....., li

In fede
Il/La delegante

.....