

Allegato B

Alla c.a.

Ufficio Assistenza Protesica

ASL _____

RICHIESTA DI CONTRIBUTO PER L'ACQUISTO DI SISTEMI TECNOLOGICAMENTE AVANZATI RIVOLTI ALL'AUTONOMIA E ALL'INTEGRAZIONE – ANNO 2007

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ a _____

residente a _____ CAP _____

via/piazza _____ n. _____

tel 1 _____ tel 2 _____

e-mail _____

CHIEDE

l'erogazione di un contributo (---) di €. _____ per:

acquisto, noleggio, abbonamento, leasing

di

A) attrezzature informatiche da tavolo o portatili e relativi accessori

per la comunicazione, per lo studio, per il lavoro a domicilio

B) dispositivi domotici e per il controllo ambientale per il proprio alloggio

in affitto in proprietà

C) dispositivi tecnologici riconducibili con parziale costo a carico del N.T. vigente

D) modifica di strumenti finalizzati all'accesso e alla guida di auto veicoli con parziale costo a carico dei fondi Legge 104/92 art. 27

E) Altra tipologia di strumenti per l'autonomia tecnologicamente avanzati (descrivere)

DICHIARA

A) di vivere:

se minore in famiglia, oppure in comunità di tipo familiare

se adulto in famiglia, oppure da solo oppure in convivenza (*)

() ad esempio: gruppo appartamento, casa famiglia, comunità alloggio sociosassistenziale, in convivenza con altra persona non familiare*

e che il reddito (del nucleo familiare del minore o personale se maggiorenne) nell'anno 2006
é stato di €. _____

di aver richiesto ed ottenuto un contributo per un progetto di vita indipendente (ex Legge 162/98) del quale progetto questa richiesta é parte,

oppure

di aver richiesto ed ottenuto un contributo per un progetto di autonomia del quale progetto questa richiesta è parte

oppure

di non aver fatto altra richiesta di finanziamento pubblico o messa a disposizione gratuita del dispositivo oggetto della domanda.

B)

B1) di essere già stato certificato sul versante medico-legale:

minore invalido con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni della propria età o ipoacusico

minore invalido con impossibilità a deambulare senza la presenza di un accompagnatore

minore invalido con necessità di assistenza continuativa non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita

invalido civile adulto al 100% con accompagnamento

cieco civile parziale o assoluto

sordo civile – sordomuto

persona handicappata in stato di gravità

B2) di non essere ancora stato certificato, pur avendo già presentato domanda di riconoscimento in data _____, come appartenente ad una delle categorie più sopra indicate (indicare la categoria _____)

di aver già fatto richiesta di ausilio innovativo riconducibile al vigente nomenclatore o strumento di guida con costo parzialmente a carico; tale richiesta è stata:

autorizzata in data _____

non autorizzata

di autorizzare la verifica di quanto sopra dichiarato sia attraverso il sistema informativo regionale "Passaporto delle abilità/Protes" e sia attraverso documentazione disponibile presso la propria Azienda Sanitaria (...).

ESPRIME

inoltre il consenso al trattamento dei dati personali e di altri dati, relativi alla situazione personale/familiare, ritenuti necessari per il provvedimento, come previsto dal D. Lgs n° 196/2003 recante disposizioni in tema di tutela della privacy.

ALLEGA

- prescrizione di medico specialista di ASL/ASO o di struttura convenzionata
- preventivo con una spesa pari o superiore ai 300,00 euro, e comprensivo di specifiche tecniche e di disponibilità dell'azienda fornitrice all'installazione, al collaudo e all'addestramento all'uso

data di presentazione _____

FIRMA

il diretto destinatario dei dispositivi

il tutore, l'amministratore di sostegno, il rappresentante legale (genitore esercitante la patria potestà . . .)

nome e cognome _____ firma _____

Prendo atto che

a) la mia domanda verrà valutata, secondo i criteri e le modalità stabiliti dal bando regionale (DGR n. _____ del _____) da parte dell'Unità Multidisciplinare di Valutazione (UVM oppure UVH), in accordo con l'Ufficio Protesi del Distretto sanitario di residenza, che si avvarranno, se necessario, della consulenza dell'Ausilioteca di riferimento territoriale;

b) il contributo di regola non sarà superiore a 1.500,00 euro, fatto salve condizioni specifiche documentate, come previsto nel citato bando regionale.

FIRMA

il diretto destinatario dei dispositivi

il tutore, l'amministratore di sostegno, il rappresentante legale (genitore esercitante la patria potestà . . .)

nome e cognome _____ firma _____

Allegato C

REGIONE PIEMONTE

Azienda Sanitaria _____
oppure

Struttura Accreditata _____
(ASL _____)

**PRESCRIZIONE
DI AUSILIO/STRUMENTO TECNOLOGICAMENTE AVANZATO
A PERSONE CON DISABILITA'**

Nome e cognome beneficiario _____

Data e luogo di nascita _____ età _____

Residente a _____

Diagnosi clinica _____

ASSE 1 disturbi relazionali

Diagnosi ICD-10 OMS ASSE 3 disturbi cognitivi

ASSE 4 sindromi organiche

disabilità motoria

deficit sensoriale visivo

deficit sensoriale uditivo

malattia genetica cromosomica

plurimenomazione

Dispositivi prescritti:

attrezzature informatiche da tavolo o portatili e relativi accessori

dispositivi domotici e per il controllo ambientale per l'alloggio

contributo per integrare il costo a carico del destinatario di ausilio innovativo e tecnologicamente avanzato

autorizzato in data _____

come riconducibile all'ausilio/agli ausili avente/i i seguenti codici

contributo per integrare costi sostenuti per modifiche strumenti per l'accesso o la guida di autoveicoli

autorizzate in data _____

Si dichiara con la presente prescrizione che sussistono la necessità e il collegamento funzionale dei dispositivi con la disabilità presentata come da programma individualizzato a seguito esposto (oppure: allegato alla presente prescrizione) evidenziante il significato terapeutico e riabilitativo

data _____

timbro e firma del medico specialista prescrittore
