

AVVISO PUBBLICO

Domanda di contributo per l'anno 2020 "Interventi a sostegno dei cittadini residenti nel Lazio affetti da patologie oncologiche in lista d'attesa per trapianto di organi solidi o di midollo" scadenza 31 Ottobre 2020

La Regione Lazio con la D.G.R. n.586/2020 intende sostenere 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 destinatari sono:

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 e ad interventi e ricoveri conseguenti ad eventuali complicanze.

La domanda di contributo va presentata alla ASL di Viterbo secondo le tre seguenti modalità:

A)- presso gli sportelli PUA (punti unici di accesso) di Tarquinia, Montefiascone, Bagnoregio, Viterbo, Vetralla, Civita Castellana, corredata da:

Per i 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 dall'interessato.

Per i 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 di trovarsi nelle condizioni previste dall'art.4, comma 48, lett. B, della L.R. 13/2018;
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 dall'interessato..

Entrambe le categorie oltre ai documenti sopra elencati, devono presentare idonea documentazione attestante una delle sottoelencate condizioni:

- ISEE con valore non superiore a € 15.000,00 ;
- dichiarazione di eventuale perdita 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 s.m.i.);
- di aver terminato il periodo di malattia retribuito riconosciuto dal CCNL e di aver dovuto ricorrere ad un periodo di aspettativa non retribuito.

B)- tramite PEC (posta elettronica certificata) all'indirizzo: prot.gen.asl.vt.it@legalmail.it

C)- tramite A.R. all'indirizzo : ASL Viterbo Via Enrico Fermi 15-01100 Viterbo- Direzione Distretto B

Le modalità di presentazione della domanda di cui ai punti b e c implicano comunque di allegare la documentazione completa descritta al punto a.

Sulle domande pervenute, verrà effettuata valutazione dalla UVMD distrettuale e le istanze verranno inviate alla Direzione Generale della ASL di Viterbo che trasmetterà gli esiti alla Direzione Regionale Inclusione sociale che procederà all'erogazione di contributi alle AASSLL del Lazio per la liquidazione agli aventi diritto con un contributo annuale non superiore a € 2.000.00.

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 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:

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

PUA : Sedi principali per la presentazione brevi manu delle domande

Distretto	sede	indirizzo	telefono	email
Distretto A	Tarquinia	Viale Igea, 1	0766-846205	pua.tarquinia@asl.vt.it
	Montefiascone	Via Dante Alighieri, 100	0761-1860338	pua.montefiascone@asl.vt.it
	Bagnoregio	Via fratelli Agosti,6	0761-1860420	
Distretto B	Viterbo	Via E.Fermi,15	0761-236514 0761-236815	pua.distrettob@asl.vt.it
Distretto C	Vetralla	Via Cassia km 63	0761-338780	pua.distrettoc@asl.vt.it
	Civita Castellana	Via F.Petrarca, snc	0761-592343	

Orario sportelli PUA, dal lunedì al venerdì 8.30-12.00 martedì 15.00-17.00

F.to
Il Direttore Generale della ASL VT
Dr.ssa Daniela Donetti

Domanda di contributo anno 2020 per "Interventi di sostegno dei cittadini residenti nel Lazio affetti da patologie oncologiche in lista d'attesa per trapianto di organi solidi o di midollo".

ALLA ASL DI VITERBO - UFFICIO PUA di

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

Sig./ra.....

Nato/a 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, procuratore, tutore, ecc) o di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere – art 4 DPR 445/2000 compilare anche i seguenti campi :

Sig.....

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 parentela).....

Recapiti (cellulare/telefono fisso/altro).....

Per conto del richiedente

CHIEDE

Di beneficiare del contributo di cui alla Delibera di Giunta Regionale n°586/2020

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 medica rilasciata dallo specialista del SSN o centro di riferimento specialistico che segue il paziente 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.

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 IB AN.....

autorizzazione al trattamento dei dati personali di cui al D.lgs.196/2003. Il sottoscritto ai sensi e per gli effetti degli art. 13 e 23 del D.lgs. 196/2003 fornisce il proprio consenso al trattamento dei dati personali forniti.

IL DICHIARANTE

Data

.....
(Firma Leggibile)