

Distretto Sanitario di Colferro
UOC Direzione

AVVISO PUBBLICO

Domanda di contributo anno 2019 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 305/19

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;
- 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 Colferro - Ufficio PUA - 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 dal paziente.

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 dal paziente.

Sia le persone affette da patologie oncologiche sia quelle in lista di attesa per trapianto di organi solidi o di midollo dovranno produrre idonea documentazione attestante una delle sottoelencate condizioni:

- di trovarsi in condizione di forte svantaggio economico (attestazione ISEE con valore non superiore a € 5.000,00);
- di avere perso il proprio posto 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 smi);
- di aver terminato il periodo di malattia retribuito riconosciuto dal contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL) e di aver dovuto ricorrere ad un periodo di aspettativa non retribuita.

Verrà effettuata la valutazione dalla UVMD distrettuale e, a conclusione dell'istruttoria sul possesso dei requisiti di ammissibilità, le istanze verranno inviate alla Direzione Generale Aziendale che trasmetterà 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 l'importo 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 31/07/2019.

Il Direttore
del Distretto Sanitario di Colleferro
Dr.ssa Uliana Bianchi



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 5REGIONE
LAZIODistretto Sanitario di Colferro
UOC Direzione**Domanda di contributo anno 2019 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 305/19).**AL DISTRETTO SANITARIO DI COLFERRO
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 _____

In caso di rappresentante legale (genitore, tutore, procuratore, ecc.) o di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere – art. 4, D.P.R. 445/2000, compilare anche i seguenti campi:

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 _____

Asl Roma 5

Via Acquaregna 1/15
00019 Tivolit +39.0774.317711
www.aslroma5.it
p.iva 04733471009Distretto Sanitario di Colferro
Via degli esplosivi 9/a
00034 Colferro (Rm)
Tel. 0697097505 - 6
Fax 0697097548 - 85



- 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°305/19 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 € 5.000,00);
- ☐ 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):

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

Banca o Ufficio Postale _____

Agenzia _____

IBAN _____

Data _____

L'OPERATORE DEL PUA

FIRMA

IL RICHIEDENTE/DICHIARANTE

(FIRMA LEGGIBILE)