



Modello "A"
*Domanda di sostegno economico per famiglie
con minori nello spettro autistico fino al dodicesimo anno di età*

.....

**DOMANDA DI SOSTEGNO ECONOMICO PER FAMIGLIE CON MINORI NELLO SPETTRO
AUTISTICO FINO AL DODICESIMO ANNO DI ETÀ**
(ai sensi del Regolamento Regionale 15 SETTEMBRE 2022, n. 13 e ss.mm.ii.)
2026

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____
residente a _____ () in via _____ n. _____
C.F. _____
Tel. _____ Cell*. _____
Email: _____

in qualità di genitore/tutore di _____
nato/a _____ () il _____
residente a _____ () in via _____ n. _____
C.F. _____

CHIEDE

l'erogazione di un contributo regionale per le spese sostenute per gli interventi di cui al Regolamento regionale 15 SETTEMBRE 2022, n. 13 "Regolamento per la disciplina degli interventi a sostegno delle famiglie dei minori fino al dodicesimo anno di età nello spettro autistico" e ss.mm.ii.;

Si allega, pena l'esclusione dell'ammissione alla valutazione della domanda:

- a) Certificato sanitario attestante la diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico del minore, rilasciato da struttura pubblica sanitaria, aggiornato al 2026;
- b) Documento aggiornato attestante l'indicatore della situazione economica equivalente - ISEE del nucleo familiare del minore beneficiario in corso di validità;



Modello "A"

*Domanda di sostegno economico per famiglie
con minori nello spettro autistico fino al dodicesimo anno di età*

- c) Autodichiarazione dello Stato di Famiglia
- d) copia del documento d'identità in corso di validità del richiedente (genitore o tutore del minore) e del minore;
- e) permesso di soggiorno in corso di validità per i cittadini non appartenenti alla Comunità Europea;
- f) Eventuali certificazioni (L.104/92, verbale di invalidità) di altre patologie del minore e/o di altri componenti del nucleo familiare;
- g) Autocertificazioni circa la tipologia di servizi già attivi o attivabili (ad es. numero di ore di assistenza domiciliare, educativa, altre forme di contributi economici) per i quali si è in lista d'attesa, altre forme di contributi economici.

Allo scopo di dare attuazione alla valutazione multidimensionale di cui all'art. 8 del Regolamento Regionale n.13/2022 e ss.mm.ii., comunico di seguito i riferimenti del servizio Tutela Salute Mentale e Riabilitazione dell'Età evolutiva che ha in carico il minore:

TSMREE - ASL - Distretto _____

Referente _____

Recapiti _____

Autorizzo il trattamento dei dati personali presenti nella domanda e negli allegati, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679) e dichiaro di essere informato che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito di questo procedimento e per le finalità strettamente connesse alle funzioni istituzionali degli enti preposti.

Luogo e Data _____

Firma

Il presente modello debitamente compilato va consegnato secondo le modalità disposte dall'avviso pubblico SOSTEGNO ALLE FAMIGLIE CON MINORI FINO AL DODICESIMO ANNO DI ETÀ (entro e non oltre il compimento del dodicesimo anno di età) CON DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO, AI SENSI DEL REGOLAMENTO REGIONALE 15 SETTEMBRE 2022 N. 13 - Annualità 2026 - emanato dal Consorzio CO.I.S.E.S. Sud Pontino LT/5.