

Allegato n. 1

**AVVISO PUBBLICO****CONTRIBUTI A SOSTEGNO DEI CITTADINI RESIDENTI NEL LAZIO AFFETTI DA PATOLOGIE ONCOLOGICHE E IN LISTA DI ATTESA PER TRAPIANTO DI ORGANI SOLIDI O DI MIDOLLO**In esecuzione del provvedimento N. 455 del 15.06.2021 è indetto il presente Avviso Pubblico con scadenza 31 luglio 2021**LA ASL FROSINONE RENDE NOTO**

che la Regione, ai sensi della D.G.R. 6 agosto 2020, n. 586, sostiene i cittadini residenti nel Lazio affetti da patologie oncologiche e i 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.

**Destinatari**

Possono accedere al contributo economico i cittadini residenti nel Lazio che si trovano in una delle sotto indicate condizioni:

- 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 oncologici o di strutture a valenza regionale o da altro dirigente sanitario da essi delegato;
- pazienti in lista di 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.

Potranno presentare domanda di contributo anche coloro che abbiano col destinatario del contributo rapporti di parentela o affinità, entro il terzo grado, o di convivenza.

**Modalità di presentazione delle domande**

Le richieste di accesso al contributo, da presentarsi esclusivamente su apposito modello accluso al presente avviso, corredate della necessaria documentazione, andranno presentate presso tutti i PUA di riferimento dei 4 Distretti Sanitari di: Anagni/Alatri, Frosinone, Sora e Cassino.

Le domande dovranno essere corredate della sotto elencata documentazione:

**1. per le persone affette da patologie oncologiche:**

- documentazione attestante la residenza nella Regione Lazio;
- esenzione per patologia oncologica cod. 48;

-attestazione dell'indicatore ISEE con un valore non superiore a 15.000,00, calcolato secondo quanto disposto dal DPCM 159/2013 e smi

- dichiarazione, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR n. 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 dall'interessato;

**2. per le 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);

attestazione dell'indicatore ISEE con un valore non superiore a 15.000,00, calcolato secondo quanto disposto dal DPCM 159/2013 e smi;

- dichiarazione, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR n. 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 dall'interessato. Si specifica che l'attestazione ISEE come sopra indicata dovrà essere calcolata secondo le disposizioni previste dall'art. 6 del DPCM 159/2013 e smi. Tuttavia, per coloro che non abbiano ottenuto il riconoscimento formale del grado di disabilità-non autosufficienza da parte delle autorità competenti -Allegato 3 al DPCM 159/2013-, sarà possibile utilizzare l'ISEE ordinario, conformemente alle indicazioni fornite dal Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali/Inps nel documento "ISEE Indicatore della Situazione Economica Equivalente - Le risposte alle domande più frequenti" (FAQ n. V-27 del 26.01.2016).

Gli utenti che si trovano in una delle situazioni previste dal comma 49 dell'art. 4 della l.r. 13/2018, ovvero perdita del proprio posto di lavoro o ricorso al periodo di aspettativa non retribuita avendo terminato il periodo di malattia retribuito riconosciuto dal contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL), potranno produrre idonea documentazione attestante una delle sopraelencate condizioni anche attraverso la presentazione dell'ISEE corrente di cui all'art. 9 del DPCM n. 159/2013 e smi, purché questo presenti un valore inferiore a 15.000,01.

#### Causa di esclusione e di decadenza del contributo

Sono esclusi dal contributo le persone non in possesso dei requisiti previsti dal presente atto.

La DGR 586/2020 nell'allegato A (Nuove modalità attuative dell'art.4, commi 47-52 della legge regionale n.13/2018), esplicita che 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.

In relazione alle suindicate cause di decadenza dal contributo, si specifica che tali condizioni saranno accertate al momento dell'erogazione del contributo e che in caso di accertabilità di una di esse il contributo non potrà essere erogato.

L'importo massimo del contributo da erogare a ciascun beneficiario non potrà superare l'importo annuale di € 2.000,00.

La mancata osservanza delle modalità di presentazione costituirà causa di inammissibilità formale della domanda di partecipazione.

#### Assegnazione del contributo

A conclusione dell'istruttoria sul possesso dei requisiti di ammissibilità, l'Azienda Sanitaria Locale di Frosinone provvederà a trasmettere alla Regione Lazio, Direzione regionale per l'Inclusione sociale ([inclusione.fragilita@regione.lazio.legalmail.it](mailto:inclusione.fragilita@regione.lazio.legalmail.it)), entro la scadenza tassativa del 30 novembre 2021 gli elenchi degli aventi diritto al contributo, nel rispetto di quanto disposto dalla normativa vigente in materia di trattamento dei dati personali. In caso di invio successivo alla scadenza indicata, le istanze presentate non saranno prese in considerazione.

I dati personali di cui l'Amministrazione Regionale verrà in possesso in ragione della concessione dei contributi previsti dal presente atto confluiranno in un archivio, di cui è titolare la Regione Lazio - Giunta Regionale, che si riserva di raccogliere, trattare, comunicare e diffondere in forma aggregata i dati forniti, nei limiti e secondo le disposizioni dettate dal D. Lgs. n. 196/2003, "Codice in materia di protezione dei dati personali", nonché, dal Regolamento (UE) 2016/679 "Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati" (GDPR).

La Direzione regionale per l'Inclusione sociale, con proprio atto amministrativo:

- prende atto dei dati trasmessi dalle Aziende Sanitarie Locali;
- procede all'assegnazione alle Aziende Sanitarie Locali dei finanziamenti necessari a soddisfare le richieste presentate dagli aventi diritto e all'impegno e liquidazione del relativo contributo, nei limiti delle disponibilità del bilancio regionale e secondo le modalità previste dal presente documento.

La determinazione di impegno di spesa a favore delle Aziende Sanitarie Locali sarà pubblicata sul sito web della Regione Lazio.

L'ASL di Frosinone, completato il piano delle assegnazioni, ne darà comunicazione ai beneficiari ed erogherà il contributo in un'unica soluzione agli stessi.

Per eventuali ulteriori informazioni è possibile contattare la dott.ssa Nisia Lucchetti (email: [nisia.lucchetti@aslfrosinone.it](mailto:nisia.lucchetti@aslfrosinone.it)). Dirigente Assistente Sociale di questa ASL.

In allegato domanda di contributo.

Il Direttore Generale  
Dott.ssa Pierpaola D'Alessandro



Prot. \_\_\_\_\_ Del \_\_\_\_\_

Al Punto Unico d'Accesso (PUA).

.....  
Distretto Sanitario di \_\_\_\_\_  
(Anagni/ Frosinone/ Sora/Cassino)

Oggetto: domanda per l'accesso al contributo ai sensi della Deliberazione 6 agosto 2020, n. 586 "contributi a sostegno dei cittadini residenti nel Lazio affetti da patologie oncologiche e in lista di attesa per trapianto di organi solidi o di midollo". ANNO 2021.

Io sottoscritto/a

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ e-mail (facoltativo) \_\_\_\_\_

DICHIARO DI ESSERE

Dirett\_ interessat\_

familiare (coniuge o figlio in assenza del coniuge o, in assenza di entrambi, altro parente fino al 3° grado di parentela) che firma per impedimento temporaneo a sottoscrivere (DPR 445/2000. Art 4)

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Grado di parentela (specificare) \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ e-mail (facoltativo) \_\_\_\_\_

il genitore (con la responsabilità genitoriale)  
del/la minore

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Il tutore       il curatore       l'amministratore di sostegno

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

CHIEDO

di accedere ai contributi a sostegno dei cittadini residenti nel Lazio affetti da patologie oncologiche e in lista di attesa per trapianto di organi solidi o di midollo ai sensi della DGR 586 del 6 agosto 2020.

## ALLEGATO

### 1. Per le persone affette da patologie oncologiche:

- documentazione attestante la residenza nella Regione Lazio;
- esenzione per patologia oncologica cod. 48;
- attestazione dell'indicatore ISEE con un valore non superiore a 15.000,00, calcolato secondo quanto disposto dall' art. 6 del DPCM 159/2013 e smi;
- eventuale dichiarazione, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR n. 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 dall'interessato;
- una copia della tessera sanitaria;
- una copia di un documento di identità in corso di validità

### 2. Per le 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);
- attestazione dell'indicatore ISEE con un valore non superiore a 15.000,00, calcolato secondo quanto disposto dall'art. 6 del DPCM 159/2013 e smi
- eventuale dichiarazione, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR n. 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 dall'interessato;
- una copia della tessera sanitaria
- una copia di un documento di identità in corso di validità

Le persone che si trovano in una delle situazioni previste dal comma 49 dell'art. 4 della L.r. 13/2018, ovvero perdita del proprio posto di lavoro o ricorso al periodo di aspettativa non retribuita avendo terminato il periodo di malattia retribuito riconosciuto dal contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL), potranno produrre idonea documentazione attestante una delle sopraelencate condizioni anche attraverso la presentazione dell'ISEE corrente di cui all'art. 9 del DPCM n. 159/2013 e smi, purché questo presenti un valore inferiore a 15.000,01.

### EVENTUALE ALTRA DOCUMENTAZIONE

- una copia di un documento di identità in corso di validità della persona (ad es. genitore, tutore, familiare, ecc) che presenta la richiesta per conto della/del beneficiaria/o del contributo
- Dichiarazione di trovarsi in una delle situazioni previste dal comma 49 dell'art. 4 della L.r. 13/2018, ovvero perdita del proprio posto di lavoro o ricorso al periodo di aspettativa non retribuita avendo terminato il periodo di malattia retribuito riconosciuto dal contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL).



INDICO

la seguente modalità per il pagamento del contributo:

(indicare il conto corrente intestato o cointestato alla richiedente, su cui è possibile l'accredito del contributo)

Intestatario/i \_\_\_\_\_

Codice IBAN \_\_\_\_\_

Io sottoscritto/o presa visione delle informazioni e del trattamento dei dati personali (presente agli atti dell'ufficio e disponibili sulla pagina internet [www.asl.fr.it/ufficio-privacy](http://www.asl.fr.it/ufficio-privacy) autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali 2016/679 e del D. Lgs. n.196/2003 e dichiaro di dare il consenso affinché i propri dati vengano trattati per le finalità di cui alla DGR 493 del 28 luglio 2020.

DICHIARO

- di essere a conoscenza che, in caso di dichiarazioni mendacie/odi falsità in atti, sarò soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia, secondo quanto disposto dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché alla revoca del beneficio eventualmente conseguito sulla base della dichiarazione non veritiera ai sensi dell'art. 75 del citato D.P.R. n. 445/2000.

Data \_\_\_\_\_

Firma (per esteso e leggibile)

\_\_\_\_\_

**SPAZIO RISERVATO ALL'AZIENDA USL di FROSINONE**

Esaminata la documentazione allegata si esprime parere:

- positivo
- negativo

per i seguenti motivi:

---

---

Data \_\_\_\_\_  
Firme del Nucleo Valutativo \_\_\_\_\_**RICEVUTA DELL'AUSL DI FROSINONE**

Ricevo la richiesta di contributo da parte del/la Sig./ra

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

- documentazione attestante la residenza nella Regione Lazio;
- esenzione per patologia oncologica cod. 48;
- certificazione emessa da uno dei centri presenti sul territorio nazionale di trovarsi nelle condizioni previste dall'art. 4, comma 48, lettera b);
- dichiarazione, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR n. 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 dall'interessato.
- Dichiarazione di trovarsi in una delle situazioni previste dal comma 49 dell'art. 4 della l.r. 13/2018, ovvero perdita del proprio posto di lavoro o ricorso al periodo di aspettativa non retribuita avendo terminato il periodo di malattia retribuito riconosciuto dal contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL),
- Copia della tessera sanitaria
- Copia del documento d'identità
- Copia del documento d'identità della persona che presenta la richiesta per conto della beneficiaria del contributo

Data \_\_\_\_\_ Firma e timbro dell'operatore Asl \_\_\_\_\_