

AZIENDA SANITARIA LOCALE ROMA 3

Avviso pubblico di interventi a sostegno dei cittadini residenti nel Lazio affetti da patologie oncologiche e in lista di attesa per trapianto di organi solidi o di midollo.

Scadenza 31.07.2019

In esecuzione della Deliberazione della Giunta Regionale del 23 maggio 2019 n. 305 attuazione dell'art. 4, commi 47-52 della legge regionale n. 13/2018 "Legge di stabilità regionale 2019" Interventi a sostegno dei cittadini residenti nel Lazio affetti da patologie oncologiche e in lista di attesa per trapianto di organi solidi o di midollo la Regione Lazio ha istituito un Fondo per l'erogazione di un contributo economico concesso tramite le Aziende Sanitarie Locali (ASL).

Destinatari:

I cittadini residenti nel Comune di Fiumicino nei Municipi X – XI – e XII di Roma Capitale, in condizioni di forte svantaggio economico, direttamente o tramite coloro che abbiano con il destinatario del contributo, rapporti di parentela o affinità, entro il terzo grado o di convivenza che si trovino 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.

Documentazione da allegare alla domanda

Le domande compilate su apposito modulo, allegato al presente bando, dovranno essere corredate della seguente documentazione:

1. documentazione attestante la residenza nel Comune di Fiumicino e nei Municipi X- XI e XII di Roma Capitale;
2. fotocopia documento d'identità in corso di validità;
3. esenzione per patologia oncologica cod. 48 (solo per persone affette da patologie oncologiche) oppure certificazione emessa da uno dei centri di riferimento presenti sul territorio nazionale in cui si attestino le condizioni previste dall'art. 4, comma 48, lettera b, (solo per le persone in lista di attesa per trapianto di organi solidi o di midollo);
4. dichiarazione, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPCM n. 445/2000e s.m.i, 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;
5. di trovarsi in condizione di forte svantaggio economico (attestazione indicatore ISEE con valore non superiore a € 5.000,00);

6. di aver 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);
7. 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.

Modalità per la presentazione della domanda

Le domande dovranno essere presentate **ENTRO LE ORE 12.00 DEL 31 LUGLIO 2019** presso il PUA del Distretto di appartenenza:

Comune di Fiumicino Via degli Orti, 10 dal lunedì al venerdì dalle ore 8,30 alle 12,30 - martedì e giovedì dalle ore 14,30 alle ore 16,30;

Municipio X Lungomare P. Toscanelli, 230 - Casa della Salute – lunedì, mercoledì e venerdì dalle ore 9,00 alle ore 12,00 - lunedì e mercoledì dalle ore 14,30 alle ore 16,30;

Municipio XI Via Giovanni Volpato, 18 - martedì, giovedì e venerdì dalle ore 9,00 alle ore 12,00 - martedì e giovedì dalle ore 14,00 alle ore 16,00;

Municipio XII Via Bernardino Ramazzini, 31 P.T. stanza 40 - dal lunedì al venerdì dalle ore 8,00 alle ore 10,00 - lunedì dalle ore 14,00 alle ore 16,00

Modalità di erogazione contributo

L'Azienda Sanitaria Locale Roma 3, a conclusione dell'istruttoria valutativa delle istanze pervenute al fine di verificare i requisiti di ammissibilità, trasmetterà entro il 31 ottobre alla Regione Lazio, Direzione per l'Inclusione Sociale, l'elenco degli aventi diritto al contributo nel rispetto di quanto disposto dalla normativa vigente in materia di trattamento dei dati personali.

Per l'anno 2019 l'importo del contributo erogabile per ciascun beneficiario verrà quantificato ripartendo in maniera proporzionale le risorse disponibili, tenendo conto del numero complessivo dei beneficiari ammessi al contributo. L'importo massimo del contributo da erogare a ciascun beneficiario non potrà superare l'importo annuale di € 2.000,00

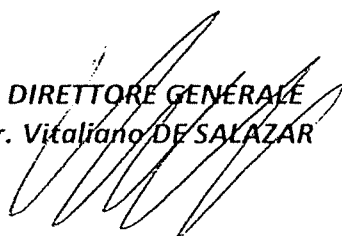
Cause di esclusione e di decadenza del contributo

Costituiscono cause di decadenza dal beneficio le condizioni intervenute tra la presentazione della domanda e l'erogazione del contributo:

1. il decesso del beneficiario;
2. la perdita dei requisiti di accesso; ricovero continuativo in hospice o altra struttura residenziale a totale carico del SSR, o in strutture residenziali sociosanitarie.
3. Il presente contributo non è cumulabile con altri contributi erogati per le medesime finalità in base ad altre leggi nazionali o regionali.

Il presente avviso pubblico, ai fini della massima diffusione, è fatta pubblicazione sul sito internet ASL Roma 3 e contestuale affissione presso i Presidi distrettuali.

Il DIRETTORE GENERALE
Dr. Vitaliano DE SALAZAR





**DOMANDA PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO AFFETTO DA PATOLOGIE ONCOLOGICHE
O IN LISTA DI ATTESA PER PRAPIANTO DI ORGANI SOLIDI O DI MIDOLLO.**

DGR n. 305 del 23 maggio 2019 – Attuazione art. 4, commi 47-52 della legge n. 13/2018

Il/lasottoscritto/a _____
 Nato/a il ____/____/____ a _____
 Residente nel Comune _____ Prov. _____
 Via/Piazza _____ n. _____
 Tel. _____ Cell _____
 Mail _____ @ _____
 Codice fiscale _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Medico di Medicina Generale _____
 Tel. _____

**Chiede l'erogazione del contributo a sostegno dei cittadini affetti da patologie oncologiche o in lista
di attesa per trapianto di organi solidi o di midollo**

Allega alla presente domanda:

- ☐ documentazione della residenza;
- ☐ fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità;
- ☐ esenzione per patologia oncologica cod. 48 (solo per persone affette da patologie oncologiche);
- ☐ certificazione emessa da uno dei centri di riferimento presenti sul territorio nazionale in cui si attestino le condizioni previste dall'art. 4, comma 48, lettera b, (solo per le persone in lista di attesa per trapianto di organi solidi o di midollo);
- ☐ dichiarazione, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPCM n. 445/2000 e smi, attestante il grado di parentela o affinità o la condizione di convivenza con il destinatario nel caso in cui la domanda non venga presentata direttamente dall'interessato;
- ☐ attestazione indicatore ISEE con valore non superiore a € 5.000,00;
- ☐ dichiarazione di aver perso il posto di lavoro (tale dichiarazione dimostrata attraverso l'ISEE corrente (art. 9 del DPCM n. 159/2013 e smi);
- ☐ di aver terminato il periodo di malattia riconosciuto dal contratto collettivo nazionale del lavoro (CCNL) e di aver dovuto ricorrere al periodo di aspettativa non retribuita.

A tal fine:

-consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art. 76, D.Lgs. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci o uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D.Lgs.

-informato ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati al fine di consentire l'attività di valutazione per l'erogazione del contributo regionale; che i dati personali saranno comunicati alla Regione Lazio, Direzione per l'Inclusione Sociale, per la finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi.

Data _____

Firma _____



**DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON É PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO PER INTERVENTI A
SOSTEGNO DEI CITTADINI RESIDENTI AFFETTI DA PATOLOGIE ONCOLOGICHE E IN LISTA DI ATTESA
PER TRAPIANTO DI ORGANI SOLIDI O DI MIDOLLO**

DGR n. 305 del 23 maggio 2019 – Attuazione art. 4, commi 47-52 della legge n. 13/2018

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a il _____ a _____

Codice Fiscale _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

In qualità di (barrare la casella): ☐ familiare ☐ tutore ☐ amministratore di sostegno ☐ altro
(specificare) _____

Del Sig./Sig.ra _____

Nato/a il ____/____/____ a _____

Residente nel Comune di _____ Prov _____

In Piazza/Via _____

Tel. _____ cell. _____

Mail _____ @ _____

Codice Fiscale _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Medico di Medicina Generale _____ Tel _____

**Chiede l'erogazione del contributo a sostegno dei cittadini affetti da patologie oncologiche o in lista
di attesa per trapianto di organi solidi o di midollo**

Allega alla presente domanda:

- ☐ documentazione della residenza;
- ☐ fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità;
- ☐ Esenzione per patologia oncologica cod. 48 (solo per persone affette da patologie oncologiche);
- ☐ Certificazione emessa da uno dei centri di riferimento presenti sul territorio nazionale in cui si attestino le condizioni previste dall'art. 4, comma 48, lettera b, (solo per le persone in lista di attesa per trapianto di organi solidi o di midollo);
- ☐ Dichiarazione, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPCM 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;
- ☐ Attestazione indicatore ISEE con valore non superiore a € 5.000,00;
- ☐ Dichiarazione di aver perso il posto di lavoro (tale dichiarazione dimostrata attraverso l'ISEE corrente (art. 9 del DPCM n. 159/2013 e smi);
- ☐ Di aver terminato il periodo di malattia riconosciuto dal contratto collettivo nazionale del lavoro (CCNL) e di aver dovuto ricorrere al periodo di aspettativa non retribuita.

A tal fine:



-consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art. 76, D.Lgs. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci o uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D.Lgs.

-informato ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati al fine di consentire l'attività di valutazione per l'erogazione del contributo regionale; che i dati personali saranno comunicati alla Regione Lazio, Direzione per l'Inclusione Sociale, per la finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi

Data _____

Firma _____



CONSENSO PRIVACY

(Il presente modulo può essere compilato e sottoscritto dall'utente o dal personale autorizzato che raccoglie le dichiarazioni orali dell'utente e che sottoscrive il modulo per attestazione).

Il/la Signore/a

(stampatello)

Cognome

Nome

DICHIARA DI AVER RICEVUTO L'INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI DEGLI UTENTI DEI SERVIZI SANITARI E AUTORIZZA L'AZIENDA USL ROMA 3

Al trattamento dei suoi dati personali e sensibili, in particolare relativi al suo stato di salute, finalizzato alla fornitura delle prestazioni necessarie per la tutela della sua salute e per le altre finalità indicate nell'informativa ricevuta.

DATA _____

FIRMA _____

(Firma dell'utente o del soggetto autorizzato al trattamento che raccoglie e attesta le dichiarazioni dell'utente)