



**VALLE del  
TEVERE**

CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI

## Modello "A"

### DOMANDA AVVISO PUBBLICO PER IL SOSTEGNO ECONOMICO PER LE FAMIGLIE CON MINORI NELLO SPETTRO AUTISTICO FINO AL DODICESIMO ANNO DI ETA' (0-12 anni)

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 gennaio 2019, n. 1 "Regolamento per la disciplina degli Interventi a sostegno delle famiglie dei Minori in età evolutiva prescolare nello Spettro Autistico";

Si allega alla presente:

9. Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente e del minore;
10. Copia della diagnosi di Disturbo dello spettro autistico del minore
11. Autodichiarazione dello stato di famiglia;
12. Eventuali certificazioni (L.104/92, verbale di invalidità, ecc.) di altre patologie del minore e/o di altri componenti del nucleo familiare;
13. Autocertificazione circa la tipologia di servizi già attivi o attivabili (ad esempio, numero di ore di assistenza domiciliare, altre forme di contributi

#### SEDE LEGALE

c/o Comune di Formello  
Piazza S. Lorenzo, 8  
00060 Formello RM

#### TELEFONI

06 90194606-607-608  
Fax 06 9089577

#### E-MAIL

presidente@consorziovalledeltevere.it  
direttore@consorziovalledeltevere.it  
amministrazione@consorziovalledeltevere.it  
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it  
info@pec.consorziovalledeltevere.it

**CODICE FISCALE**  
97874100585

#### COMUNI DI

Campagnano di Roma  
Capena  
Castelnuovo di Porto  
Civitella San Paolo  
Fiano Romano  
Filacciano  
Formello  
Magliano Romano  
Mazzano Romano  
Morlupo  
Nazzano  
Ponzano Romano  
Riano  
Rignano Flaminio  
Sacrofano  
Sant'Oreste  
Torrita Tiberina



CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI

economici) nelle rete sociosanitaria a favore della persona per la quale si richiede il contributo;

14. Documento in corso di validità attestante l'indicatore della situazione economica equivalente - ISEE - del nucleo familiare del minore beneficiario;
15. Modello C "Dichiarazione delle spese sostenute" al quale dovranno essere allegate tutte le fatture/spese sostenute e dichiarate, con relative attestazioni di pagamento ( es. bonifici e/o dichiarazioni dell'avvenuto pagamento) relative all'anno 2020;
16. Modello "D" "MODALITA' DI PAGAMENTO DEL CONTRIBUTO";

Allo scopo di dare attuazione alla valutazione multidimensionale di cui all'art. 10 del Regolamento Regionale n.1/2019, comunico di seguito i riferimenti del servizio Tutela Salute Mentale e Riabilitazione dell'Età evolutiva che ha in carico il minore:

**CODICE FISCALE**  
97874100585

**COMUNI DI**  
Campagnano di Roma  
Capena  
Castelnuovo di Porto  
Civitella San Paolo  
Fiano Romano  
Filacciano  
Formello  
Magliano Romano  
Mazzano Romano  
Morlupo  
Nazzano  
Ponzano Romano  
Riano  
Rignano Flaminio  
Sacrofano  
Sant'Oreste  
Torrita Tiberina

TSMREE (ASL, Distretto, ecc.).....

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

**SEDE LEGALE**  
c/o Comune di Formello  
Piazza S. Lorenzo, 8  
00060 Formello RM

**TELEFONI**  
06 90194606-607-608  
Fax 06 9089577

**E-MAIL**  
presidente@consorziovalledeltevere.it  
direttore@consorziovalledeltevere.it  
amministrazione@consorziovalledeltevere.it  
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it  
info@pec.consorziovalledeltevere.it



CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI

Modello "C"

## DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE

**AI FINI DEL SOSTEGNO ECONOMICO PER LE FAMIGLIE CON MINORI  
NELLO SPETTRO AUTISTICO FINO AL DODICESIMO ANNO DI ETA' (0-  
12 anni)**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

(ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/la sottoscritto/a .....

nato/a 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. ....

Indica il/i nominativo/i del/dei professionista/i scelto/i, eventualmente iscritto/i  
all'Albo regionale di cui all'art. 3 del Regolamento 15 gennaio 2019, n.1

Nominativo/i: .....

## DICHIARA

### SEDE LEGALE

c/o Comune di Formello  
Piazza S. Lorenzo, 8  
00060 Formello RM

### TELEFONI

06 90194606-607-608  
Fax 06 9089577

### E-MAIL

presidente@consorziovalledeltevere.it  
direttore@consorziovalledeltevere.it  
amministrazione@consorziovalledeltevere.it  
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it  
info@pec.consorziovalledeltevere.it

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di  
formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre  
2000, sotto la propria personale responsabilità che:



CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI

**CODICE FISCALE**  
97874100585

**COMUNI DI**  
Campagnano di Roma  
Capena  
Castelnuovo di Porto  
Civitella San Paolo  
Fiano Romano  
Filacciano  
Formello  
Magliano Romano  
Mazzano Romano  
Morlupo  
Nazzano  
Ponzano Romano  
Riano  
Rignano Flaminio  
Sacrofano  
Sant'Oreste  
Torrita Tiberina

1. la documentazione di seguito indicata costituisce prova delle spese sostenute per i programmi psicologici e comportamentali strutturati e gli altri trattamenti con evidenzascientifica riconosciuta concordati in sede di valutazione multidimensionale, ai sensi del Regolamento regionale 1 del 15 gennaio 2019:

- fattura n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ per € \_\_\_\_\_ emessa da \_\_\_\_\_
- fattura n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ per € \_\_\_\_\_ emessa da \_\_\_\_\_
- fattura n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ per € \_\_\_\_\_ emessa da \_\_\_\_\_
- fattura n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ per € \_\_\_\_\_ emessa da \_\_\_\_\_
- fattura n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ per € \_\_\_\_\_ emessa da \_\_\_\_\_
- fattura n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ per € \_\_\_\_\_ emessa da \_\_\_\_\_
- fattura n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ per € \_\_\_\_\_ emessa da \_\_\_\_\_
- fattura n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ per € \_\_\_\_\_ emessa da \_\_\_\_\_
- fattura n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ per € \_\_\_\_\_ emessa da \_\_\_\_\_
- fattura n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ per € \_\_\_\_\_ emessa da \_\_\_\_\_

**per un totale di € \_\_\_\_\_**

2. di allegare copia delle fatture sopra elencate e dei relativi bonifici di pagamento;
3. di non percepire altri contributi pubblici per le spese relative ai medesimi interventi.

**Luogo e Data \_\_\_\_\_**

**Firma**

**SEDE LEGALE**

c/o Comune di Formello  
Piazza S. Lorenzo, 8  
00060 Formello RM

**TELEFONI**

06 90194606-607-608  
Fax 06 9089577

**E-MAIL**

presidente@consorziovalledeltevere.it  
direttore@consorziovalledeltevere.it  
amministrazione@consorziovalledeltevere.it  
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it  
info@pec.consorziovalledeltevere.it

\_\_\_\_\_



**VALLE del  
TEVERE**  
CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI

**Modello "D"**

**MODALITA' DI PAGAMENTO DEL CONTRIBUTO**

*N.B. l'intestatario del c/c deve coincidere con il richiedente, anche solo cointestante*

**BONIFICO BANCARIO**

Intestatario conto:

--

**CODICE FISCALE**  
97874100585

**COMUNI DI**  
Campagnano di Roma  
Capena  
Castelnuovo di Porto  
Civitella San Paolo  
Fiano Romano  
Filacciano  
Formello  
Magliano Romano  
Mazzano Romano  
Morlupo  
Nazzano  
Ponzano Romano  
Riano  
Rignano Flaminio  
Sacrofano  
Sant'Oreste  
Torrta Tiberina

<b>Istitutobancario</b>					
<b>Indirizzo</b>		<b>Città</b>			
<b>Agenzia n°</b>					
<b>Coordinate Bancarie</b>					
<b>(Codice IBAN)</b>					
<p><b>E' obbligatorio indicare la dicitura completa dell'istituto di credito e compilare tutte le 27 caselle relative al codice IBAN. In caso contrario potrebbe essere compromessa la regolarità e la tempestività del pagamento.</b></p>					

Autorizzo il trattamento dei dati personali presenti nella domanda, 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 \_\_\_\_\_

**SEDE LEGALE**  
c/o Comune di Formello  
Piazza S. Lorenzo, 8  
00060 Formello RM

**TELEFONI**  
06 90194606-607-608  
Fax 06 9089577

**E-MAIL**  
presidente@consorziovalledeltevere.it  
direttore@consorziovalledeltevere.it  
amministrazione@consorziovalledeltevere.it  
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it  
info@pec.consorziovalledeltevere.it

Firma

\_\_\_\_\_

Pag. 15/18 - Ente: CONSORZIO INTERCOMUNALE VALLE DEL TEVERE - Anno: 2021 - Numero: 166 - Tipo: P - Data: 15.02.2021 - Ora: - Categoria: 0 - Classe: 0 - Fascicolo:



CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI

## ALLEGATO 1

**N.B.: LA PRESENTE SCHEDA SARA' REDATTA ESCLUSIVAMENTE DALL'U.V.M.D. IN SEDE DI VALUTAZIONE DELLE DOMANDE (NON DEVE ESSERE COMPILATA DAL RICHIEDENTE).**

### Criteri di valutazione

I benefici saranno assegnati secondo una valutazione effettuata da un'equipe multi professionale, composta dagli operatori della ASL e del Consorzio Valle del Tevere e tenendo conto della scheda sotto riportata.

### SCHEDA INTEGRATA SOCIO-SANITARIA

#### 1) Diagnosi ASD

<b>NOME UTENTE:</b>	<b>PUNTEGGIO MASSIMO</b>	<b>RISERVATO ALL'UFFICIO</b>
Livello 3	25	
Livello 2	20	
Livello 1	15	
<b>1.1 COMORBIDITÀ ALTRE DIAGNOSI</b>	10	
<b>1.2 PRESENZA ALTRI FIGLI CON ASD</b>	15	
<b>Totale (max 50)</b>		

**CODICE FISCALE**  
97874100585

#### **COMUNI DI**

Campagnano di Roma  
Capena  
Castelnuovo di Porto  
Civitella San Paolo  
Fiano Romano  
Filacciano  
Formello  
Magliano Romano  
Mazzano Romano  
Morlupo  
Nazzano  
Ponzano Romano  
Riano  
Rignano Flaminio  
Sacrofano  
Sant'Oreste  
Torrita Tiberina

#### **SEDE LEGALE**

c/o Comune di Formello  
Piazza S. Lorenzo, 8  
00060 Formello RM

#### **TELEFONI**

06 90194606-607-608  
Fax 06 9089577

#### **E-MAIL**

presidente@consorziovalledeltevere.it  
direttore@consorziovalledeltevere.it  
amministrazione@consorziovalledeltevere.it  
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it  
info@pec.consorziovalledeltevere.it





CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI

**CODICE FISCALE**  
97874100585

**COMUNI DI**

Campagnano di Roma  
Capena  
Castelnuovo di Porto  
Civitella San Paolo  
Fiano Romano  
Filacciano  
Formello  
Magliano Romano  
Mazzano Romano  
Morlupo  
Nazzano  
Ponzano Romano  
Riano  
Rignano Flaminio  
Sacrofano  
Sant'Oreste  
Torrita Tiberina

## 2) Servizi (ore e/o contributi)

	ATTIVI	PUNTEGGIO	RISERVATO UFFICIO	NOTE- Servizi attivabili
Nessun servizio		20		
<u>S. Sociali territoriali:</u>				
-AEC;		4		
-Ass. domiciliare comunale;		4		
<u>S. Sociali distrettuali:</u>				
- Ass. Educativa domiciliare distrettuale		4		
- L.R. 20/2006		4		
- Disabilità gravissima DGR 104/17		2		
Altri servizi socio- sanitari		4		
<b>Totale (max 20)</b>				

## 3) Nucleo familiare max 20

<u>Situazione familiare</u>	PUNTEGGIO	RISERVATO ALL'UFFICIO
Presenza altri disabili adulti	5	
Presenza altri disabili minori (NO ASD)	5	
<b>Totale (max 10)</b>		

<u>Composizione del nucleo familiare</u>	PUNTEGGIO	RISERVATO ALL'UFFICIO
Nucleo familiare monogenitoriale	4	

**SEDE LEGALE**

c/o Comune di Formello  
Piazza S. Lorenzo, 8  
00060 Formello RM

**TELEFONI**

06 90194606-607-608  
Fax 06 9089577

**E-MAIL**

presidente@consorziovalledeltevere.it  
direttore@consorziovalledeltevere.it  
amministrazione@consorziovalledeltevere.it  
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it  
info@pec.consorziovalledeltevere.it



**VALLE del  
TEVERE**

CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI

Nucleo familiare 3/4 persone	2	
Nucleo familiare 5 o più persone	4	
<b>Totale (max 10)</b>		

#### 4) Condizione economica

<b>- ISEE ORDINARIO</b>	<b>PUNTEGGIO</b>	<b>RISERVATO ALL'UFFICIO</b>
Da € 0,00 a € 8.000,00	10	
Da € 8.000,01 a € 11.000,00	7	
Da € 11.000,01 € a 18.000,00 €	5	
Oltre 18.000,01 €	2	
<b>Totale (max 10)</b>		

**CODICE FISCALE**  
97874100585

#### **COMUNI DI**

Campagnano di Roma  
Capena  
Castelnuovo di Porto  
Civitella San Paolo  
Fiano Romano  
Filacciano  
Formello  
Magliano Romano  
Mazzano Romano  
Morlupo  
Nazzano  
Ponzano Romano  
Riano  
Rignano Flaminio  
Sacrofano  
Sant'Oreste  
Torrita Tiberina

#### **SEDE LEGALE**

c/o Comune di Formello  
Piazza S. Lorenzo, 8  
00060 Formello RM

#### **TELEFONI**

06 90194606-607-608  
Fax 06 9089577

#### **E-MAIL**

presidente@consorziovalledeltevere.it  
direttore@consorziovalledeltevere.it  
amministrazione@consorziovalledeltevere.it  
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it  
info@pec.consorziovalledeltevere.it