

All'ATS di Bergamo  
via Gallicciolli, 4  
24121 Bergamo  
[protocollo@pec.ats-bg.it](mailto:protocollo@pec.ats-bg.it)

Marca da bollo *
------------------

**OGGETTO: DOMANDA DI ACCESSO AL CONTRIBUTO PER L'ACQUISTO O UTILIZZO DI AUSILI/STRUMENTI TECNOLOGICAMENTE AVANZATI DA PARTE DI PERSONE DISABILI O CON DISTURBI SPECIFICI DELL'APPRENDIMENTO - ANNO 2017.**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI E DI ATTO DI NOTORIETA'**

(Art. 46 e 47, D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445)

Dati identificativi della persona disabile o con disturbi specifici dell'apprendimento

Cognome	
Nome	
Data e luogo di nascita	
Codice fiscale	
Comune di residenza	
Indirizzo	
Professione	
Telefono fisso	Cellulare
Indirizzo di posta elettronica - obbligatorio	
Documento di identità in corso di validità (carta di identità o documento equipollente ai sensi dell'art. 35 c. 2 del D.P.R. 445/2000)	
Numero _____ rilasciato da _____	

\* In caso di invio tramite Pec, si dovrà riportare il numero identificativo (seriale) della marca da bollo utilizzata. Il richiedente dovrà provvedere ad annullare la stessa, conservandone l'originale per eventuali controlli dell'amministrazione.

Dati identificativi nel caso in cui la domanda non venga presentata direttamente dalla persona disabile

Cognome	
Nome	
Data e luogo di nascita	
Codice fiscale	
Comune di residenza	
Indirizzo	
Professione	
Telefono fisso	Cellulare
Indirizzo di posta elettronica - obbligatorio	
Documento di identità in corso di validità (carta di identità o documento equipollente ai sensi dell'art. 35 c. 2 del D.P.R. 445/2000)	
Numero _____ rilasciato da _____	

**CHIEDE DI POTER BENEFICIARE DEL CONTRIBUTO PER**  
(barrare **una sola scelta** e compilare laddove richiesto)

1.  area domotica
2.  area mobilità
3.  area informatica
4.  altri ausili, tra cui ausili per non udenti e le protesi acustiche

per il finanziamento del seguente ausilio/strumento:

---

Le domande vengono valutate solo se prevedono una spesa pari o superiore a € 300,00. Il tetto massimo di spesa ammissibile è di € 16.000,00. Il contributo, se dovuto, è riconosciuto nella misura del 70% della spesa ammissibile entro i seguenti limiti:

- personal computer da tavolo o tablet comprensivi di software specifici, contributo massimo erogabile, comprensivo di software di base e di tutte le periferiche, € 400,00;
- personal computer portatile comprensivo di software specifici, contributo massimo erogabile, comprensivo di software di base e di tutte le periferiche, € 600,00;
- protesi acustiche riconducibili: contributo massimo erogabile € 2.000,00;
- adattamento dell'autoveicolo, compresi i beneficiari dell'art. 27 della legge 104/92, contributo massimo erogabile € 5.000,00.

## SEZIONE 1

### DICHIARA

(barrare **una sola scelta** e compilare laddove richiesto)

1a.  di non aver mai presentato domanda di contributo per l'acquisto di strumenti tecnologicamente avanzati ai sensi della l.r. 23/99;

1b.  di aver ottenuto il contributo per l'acquisto di strumenti tecnologicamente avanzati ai sensi della l.r. 23/99 nell'anno \_\_\_\_\_ per l'acquisto di \_\_\_\_\_

1c.  di aver fatto domanda, ma di non aver ricevuto il contributo in quanto:

- domanda non ammissibile per mancanza dei requisiti, oppure
- domanda non finanziabile per esaurimento delle risorse

## SEZIONE 2

### DICHIARA

Solo se si è selezionata la scelta 1b, barrare una o più delle seguenti opzioni, altrimenti procedere con la sezione 3.

1b1.  vi è stato un aggravio nelle abilità della persona;

1b2.  è emersa la necessità di sostituire l'ausilio/strumento in quanto non più funzionante;

1b3.  nessuna delle precedenti casistiche.

**SEZIONE 3****DICHIARA**(barrare una sola scelta)

- 2a.  di possedere un ISEE ordinario o socio-sanitario in corso di validità, o una DSU, rilasciato ai sensi del D.P.C.M. 159/2013 inferiore o uguale a € 20.000,00 ;
- 2b.  di possedere un ISEE ordinario o socio-sanitario in corso di validità, o una DSU, rilasciato ai sensi del D.P.C.M. 159/2013 superiore a € 20.000,00.

**SEZIONE 4****DICHIARA**

3.  (solo per Area Informatica) di disporre già del software specifico in quanto (indicare la tipologia e la modalità di acquisizione): \_\_\_\_\_

4.  di accettare la quota di compartecipazione al costo della quota ammissibile dello strumento/ausilio richiesto;

5.  di essere intestatario o cointestatario del seguente conto sul quale sarà liquidato il contributo richiesto, laddove riconosciuto:

Sigla	Num	C	ABI	CAB	Numero	di	conto
intern	eri di	i			corrente		
azion	contr	n					
ale	ollo						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nome e cognome dell'intestatario/intestatari del conto: \_\_\_\_\_

6.  di essere a conoscenza che sono escluse dal presente Bando le richieste di contributo che riguardano altre fonti di erogazione di benefici, così come declinato nell'Avviso alla voce "Strumenti non ammessi al finanziamento";
7.  di essere a conoscenza che, in caso di falsità in atti e/o di dichiarazioni mendaci, si è soggetti 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;
8.  di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00 ai sensi del D.P.R. 642/1972.

### A TALE SCOPO ALLEGA:

- attestazione ISEE ordinario o socio-sanitario in corso di validità, o la DSU, ai sensi del DPCM 159/2013 (in quest'ultimo caso l'ISEE dovrà essere presentato all'ATS entro e non oltre il 31.03.2018);
- fotocopia non autenticata del documento di identità in corso di validità della persona disabile e del richiedente se diverso;
- progetto individualizzato, condiviso con il beneficiario, redatto dal medico specialista (pubblico o privato) eventualmente in collaborazione con altri operatori ATS/ASST (facsimile Allegato 2);
- copia del **verbale di invalidità**;
- copia del **verbale di accertamento dell'alunno disabile** (DPCM n. 185/2006) o della **certificazione di alunno disabile** dello specialista se rilasciato prima del 2006;
- copia della **certificazione di DSA** redatta ai sensi della L. 170/2010 – art 3, rilasciata dai servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza pubblici o privati accreditati (UONPIA), o dai servizi di riabilitazione dell'età evolutiva privati accreditati o dalle équipe private di professionisti autorizzati dalle ATS della Lombardia a effettuare la prima certificazione diagnostica di DSA valida ai fini scolastici;
- copia, se disponibile, del verbale di accertamento dell'handicap ai sensi della L. 104/92;
- copia della fattura o della ricevuta fiscale o, in caso di acquisto tramite rateizzazione copia del contratto di finanziamento, dell'ausilio/strumento comprensivi delle specifiche tecniche e dei costi degli strumenti/ausili con data non antecedente al 1/1/2015;
- per la richiesta di finanziamento di protesi acustiche copia dell'esame audiometrico con data antecedente all'acquisto dell'ausilio/strumento ed il certificato dello specialista che attesti (in decibel) il grado di sordità;
- per gli ausili riconducibili al Nomenclatore Tariffario copia del modello 03 autorizzato dall'Ufficio protesi se cartaceo oppure copia della prescrizione effettuata on line direttamente dal medico proscrittore. In entrambi i casi deve essere indicata la quota posta a carico del cittadino e presentata copia della relativa fattura di acquisto;
- dichiarazione, da parte di un medico specialista, delle eventuali variazioni delle abilità della persona con disabilità che comportano l'adeguamento o potenziamento dell'ausilio/strumento (per richieste di contributo relative alla medesima Area, prima dei 5 anni);
- dichiarazione, da parte di un tecnico specializzato, relativa all'eventuale necessità di sostituire l'ausilio/strumento in quanto non più funzionante (per richieste di contributo relative alla medesima Area, prima dei 5 anni);
- eventuali altri documenti (specificare):

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

Firma \_\_\_\_\_

- Firma della persona con disabilità
- Firma di colui che presenta la domanda se diverso dalla persona con disabilità  
(barrare la scelta effettuata)