

SCADENZA 28.02.2022

Avviso pubblico per l'accesso ai contributi alle donne sottoposte a terapia oncologica per l'acquisto della parrucca.

In esecuzione della Deliberazione della Giunta Regionale del 28 luglio 2020 n. 493, avente per oggetto "Contributi alle donne sottoposte a terapia oncologica per l'acquisto della parrucca. Istituzione della Banca della parrucca, la Regione Lazio ha istituito un Fondo per l'erogazione di contributi economici destinati alle donne sottoposte a terapia oncologica per l'acquisto di una parrucca. La perdita di capelli quale importante conseguenza collaterale delle terapie oncologiche, oltre a generare una sofferenza psicologica comporta un costo, anche oneroso, per l'acquisto di una parrucca, non sempre sostenibile per la persona malata.

Destinatari:

possono accedere al contributo per l'acquisto delle parrucche tutte le donne residenti nella Regione Lazio affette da alopecia conseguente a terapia oncologica

Documentazione da allegare alla domanda

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

- a) dichiarazione ai sensi dell'art.46 del DPR 445/2000 e smi, attestante la residenza nel Comune di Fiumicino e nei Municipi X- XI e XII di Roma Capitale;
- b) fotocopia documento d'identità in corso di validità;
- c) certificazione medica rilasciata dal medico di medicina generale o specialista del SSR che attesti la patologia oncologica e il conseguente trattamento causa dell'alopecia;
- d) scontrino fiscale o fatture o ricevuta relativa all'acquisto della parrucca;
- e) attestazione dell'indicatore ISEE con valore non superiore a € 25.000,00 calcolato secondo le disposizioni previste all'art.6 del DPCM 159/2013 e smi. Tuttavia per coloro che non abbiano ricevuto 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 socio economica equivalente - le risposte alle domande più frequenti".
- f) 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;

Modalità per la presentazione della domanda

Le domande dovranno essere presentate, **ENTRO LE ORE 12.00 DEL 28 Febbraio 2022**, a mano presso il Punto Unico di Accesso (PUA) del Distretto di appartenenza o tramite PEC.

- **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; PEC: pua.fiumicino@pec.aslroma3.it;
- **Municipio X** Casa della Salute – Lungomare P. Toscanelli, 230 – dal lunedì al venerdì dalle ore 9,00 alle ore 12,00 – giovedì dalle ore 14 alle ore 16; PEC: pua.distretto10@pec.aslroma3.it;
- **Municipio XI** Via Volpato 18 – dal lunedì al venerdì 9-12; PEC: pua.d11@pec.aslroma3.it;
- **Municipio XII** Via Bernardino Ramazzini, 31 P.T. stanza 40 – lunedì e giovedì dalle ore 8,00 alle ore 10,00; PEC: pua.d4@pec.aslroma3.it;

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 alla Regione Lazio, Direzione per l'Inclusione Sociale, entro il 31 marzo 2022, l'elenco degli aventi diritto al contributo, nel rispetto di quanto disposto dalla normativa vigente in materia di trattamento de dati personali. La Direzione Regionale per l'Inclusione sociale, con propri atti amministrativi, preso atto dei dati ricevuti procederà all'assegnazione a ciascuna ASL dei finanziamenti necessari per soddisfare le richieste presentate dalle aventi diritto. Una volta completato il piano delle assegnazioni dei fondi, ciascuna ASL darà comunicazione alle beneficiarie ed erogheranno il contributo alle stesse.

L'importo del contributo erogabile per ciascuna beneficiaria sarà quantificato in euro € 250,00, e comunque non potrà essere superiore al costo sostenuto per l'acquisto della parrucca. I contributi verranno assegnati secondo il criterio cronologico di protocollazione delle domande, riportate in un'unica graduatoria regionale a prescindere dalla ASL di riferimento. L'utente, per l'importo rimanente di spesa che resta a suo carico eccedente il contributo regionale erogato, potrà usufruire delle agevolazioni fiscali previste dal DPR n.917/1986, nel rispetto di quanto disposto dal DGR n.568/2018 "Detraibilità ai fini fiscali delle protesi tricologiche ai sensi dell'art.15 comma 1 lettera c del TIUR, Indirizzi applicativi".



Causa di esclusione del contributo

Le domande di contributo ritenute ammissibili ma tuttavia non rientrano nell'assegnazione di codesto avviso in corso, in quanto in esubero rispetto le risorse finanziare disponibili, saranno inserite con priorità nell'assegnazione relativa al successivo avviso previsto per l'anno 2022.

Modalità di diffusione del bando

Il presente avviso pubblico, ai fini della massima diffusione, è fatta pubblicazione sul sito internet dell'ASL Roma 3, contestuale affissione presso tutti i Presidi distrettuali, trasmissione ai Medici di Medicina Generale afferenti all'Azienda Sanitaria Roma 3 e ai Centri di riferimento ospedalieri per i pazienti oncologici.

Allegati

n.2:

facsimile domanda di partecipazione al bando;

modello di consenso alla privacy

*Il Direttore Sanitario
Dr.ssa Daniela Sgroi*

*Il Direttore Generale
Dr.ssa Francesca Milito*



DOMANDA DI ACCESSO AL CONTRIBUTO PER L'ACQUISTO DELLA PARRUCCA.

DGR n. 493 del 28/08/2020 - Attuazione art. 7, commi 77-81 della Legge regionale n. 28/2019

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

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

Medico di Medicina Generale _____ Tel. _____

CHIEDE L'EROGAZIONE DEL CONTRIBUTO ALLE DONNE SOTTOPOSTE A TERAPIA ONCOLOGICA PER L'ACQUISTO DELLA PARRUCCA

Allega alla presente domanda:

- documentazione della residenza;
- fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità;
- certificazione medica rilasciata dal medico di medicina generale o specialista del SSR che attesti la patologia oncologica e il conseguente trattamento causa dell'alopecia;
- scontrino fiscale o fatture o ricevuta relativa all'acquisto della parrucca;
- attestazione dell'indicatore ISEE con valore non superiore a € 25.000,00 calcolato secondo le disposizioni previste all'art.6 del DPCM 159/2013 e smi.
- 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;

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/la Signore/a

Cognome

Nome

(scrivere in stampatello)

dichiara di aver ricevuto l'informativa sul trattamento dei dati degli utenti dei servizi sanitari e autorizza l'azienda Sanitaria Roma 3 al trattamento dei propri 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, 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).*