

Alla c.a.: (barrare Distretto interessato)

- Distretti Padova Bacchiglione, Padova Piovese, Padova Terme Colli
U.O.C. Disabilità e Non Autosufficienza
Uff. Elevata Integrazione
- Distretto Alta Padovana
U.O.C. Disabilità e Non Autosufficienza
- Distretto Padova Sud
Distretto Socio Sanitario
Sede di Este - Uff. Protesi e Ausili

Domanda di contributo per applicazione Metodi riabilitativi "Doman - Vojta - Fay - ABA - Perfetti" a portatori di handicap psicofisici - L.R. 6/99 e S.M.I."

Il/la _____ sottoscritt _____
nat__a _____ il _____
residente in Via _____ nr. _____
Comune _____ Prov. _____ CAP _____
tel. o cell. _____ Codice Fiscale _____
e-mail: _____
in qualità di genitore del minore / di tutore / di amministratore di sostegno di:
Nome _____ Cognome _____
nat__a _____ il _____
Codice Fiscale _____

CHIEDE

il riconoscimento del contributo per le prestazioni di cui all'oggetto, svolte nel periodo dal 01/10/2018 al 31/05/2019 e relative all'applicazione del metodo:

DOMAN VOJTA FAY ABA PERFETTI

Specificare il Centro di cura di riferimento o specialista supervisore

Centro: _____

Specialista: _____

Consapevole delle sanzioni penali previste dal DPR 28.12.2000 n. 445 nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi, contenenti dati non più rispondenti a verità,

DICHIARA

- la persona che ha usufruito degli interventi è residente nella Regione del Veneto dal _____;
- la persona che ha usufruito degli interventi è portatore di handicap psicofisico, certificato ai sensi dell'art.3 della L.104/92 (o in attesa di rilascio certificazione);
- le spese suddette sono state sostenute effettivamente a carico dell'interessato e quindi al netto di eventuali altri contributi;
- in base all'art. 19 del D.P.R. 28.12.2000 nr. 445 le copie allegate alla presente sono conformi agli originali in mio possesso.

Chiede che l'erogazione del contributo avvenga a mezzo versamento c/c bancario/postale intestato a (persona che richiede il contributo o beneficiario)

Nome Cognome _____

codice IBAN : n. _____

(allegare prospetto della banca con intestazione e coordinate bancarie)

Firma*

Data _____

* Il genitore firmatario dichiara di aver effettuato la richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt.316, 337 ter e 337 quater del codice civile.

I dati forniti sono trattati ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento (UE) 679/2016 "GDPR". Per maggiori informazioni consultare l'informativa sul sito www.aulss6.veneto.it nella sezione dedicata al Sistema Privacy Aziendale.

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA:

- Elenco dettagliato dei documenti da presentare
- Copia documenti giustificativi delle spese sostenute per le prestazioni effettuate nel periodo 01/10/2018 al 31/05/2019 (fatture, scontrini ecc.). I documenti fiscalmente validi dovranno essere relativi esclusivamente al portatore di handicap e all'accompagnatore. Nelle fatture relative alle terapie riabilitative dovrà essere indicato il tipo di metodo applicato, il periodo di riferimento e ore di prestazione. In caso di viaggio per visite specialistiche, le ricevute di alberghi o pranzi dovranno essere relative esclusivamente a 2 persone: il portatore di handicap e l'accompagnatore non saranno prese in considerazione ricevute o scontrini con importi cumulativi/generici. In caso di richiesta di rimborso chilometrico per visite o terapie svolte fuori città di residenza, è necessario compilare la tabella allegata corredandola con gli attestati di presenza rilasciati dal centro di terapia (si precisa chi i controlli sui Km indicati verranno svolti attraverso Google Maps). Gli scontrini per materiali didattici dovranno essere corredati da richiesta del terapeuta di riferimento.
- copia documento di riconoscimento di chi presenta la domanda
- copia documento del codice fiscale del richiedente e del figlio/a prospetto bancario con codice IBAN
- modulo compilato relativo al consenso del trattamento dei dati personali (regolamento UE 2016/679)

RIMBORSO SPESE TRASPORTO

VALORE PARI AD 1/5 PREZZO MEDIO MENSILE BENZINA VERDE
Fonte: sito Ministero dei Trasporti

MESE	EURO	KM PERCORSI NEL MESE	TOTALE	PEDAGGIO AUTOSTRADALE
OTT. 2018	0,332			
NOV. 2018	0,323			
DIC. 2018	0,302			
GEN. 2019	0,298			
FEB. 2019	0,304			
MAR. 2019	0,312			
APR. 2019				
MAG. 2019				

aprile e maggio non ancora confermati

TOTALE COMPLESSIVO

AZIENDA U.L.S.S. N. 6 EUGANEA

www.aulss6.veneto.it – P.E.C.: protocollo.aulss6@pecveneto.it

Via Enrico degli Scrovegni n. 14 – 35131 PADOVA

Cod. Fisc. / P. IVA 00349050286

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(art. 6, lett. a) del Regolamento Europeo 2016/679)

Il sottoscritto Cognome e Nome _____
 Via _____ Comune _____ Provincia () _____
 Telefono _____ email _____
 Documento riconoscimento - Tipo documento (carta identità / passaporto / patente di guida): _____
 nr. documento _____ Data di scadenza _____

- ◇ per proprio conto
- ◇ per conto dell'assistito di seguito indicato

Cognome e Nome _____
 Via _____ Comune _____ Provincia () _____
 Documento riconoscimento - Tipo documento (carta identità / passaporto / patente di guida): _____
 nr. documento _____ /Data di scadenza _____

- ◇ esercitando la potestà genitoriale
- ◇ esercitando la tutela, in qualità di * _____,
 (indicare gli estremi del provvedimento solo per le categorie "tutore e curatore") in forza del
 provvedimento del Giudice Tutelare del Tribunale di _____
 R.G. numero _____ del ___/___/___

Vista l'informativa di cui agli artt. 13 e 14 del GDPR n. 2016/679

 ACCONSENTE NON ACCONSENTE

al trattamento dei dati personali e/o particolari nei limiti strettamente necessari al raggiungimento delle finalità previste dall'informativa stessa.

Luogo e data _____

Firma _____

(*) tutore / curatore / amministratore di sostegno