

Allegato A

AVVISO PUBBLICO

CONTRIBUTI 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 Luglio 2025

LA ASL FROSINONE RENDE NOTO

che la Regione, ai sensi della D.G.R. 6 agosto 2020, n. 586 e della DGR 13 luglio 2021 n. 456, sostiene i cittadini residenti nel Lazio affetti da patologie oncologiche e i pazienti in lista di attesa per trapianto di organi solidi o di midollo tramite un contributo economico concesso agli stessi attraverso le Aziende Sanitarie Locali.

Destinatari

Possono accedere al contributo economico i cittadini residenti nella Asl Frosinone che si trovano in una delle sotto indicate condizioni:

- pazienti affetti da patologie oncologiche che al momento della presentazione della domanda 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;

Potranno presentare domanda di contributo anche coloro che abbiano col destinatario del contributo rapporti di parentela o affinità, entro il terzo grado, o di convivenza.

Modalità di presentazione delle domande

Le richieste di accesso al contributo, da presentarsi esclusivamente su apposito modello accluso al presente avviso, corredate della necessaria documentazione, andranno presentate presso le sedi PUA dei 4 Distretti Sanitari di Anagni/Alatri, Frosinone, Sora e Cassino.

Le domande dovranno essere corredate della sottoelencata documentazione:

- esenzione per patologia oncologica cod. 48 (per le persone affette da patologie oncologiche);
- documentazione attestante che al momento della presentazione della domanda le persone siano affette da patologie oncologiche e che necessitano di cure e/o trattamenti.
- certificazione emessa da uno dei centri di riferimento presenti sul territorio nazionale per le persone in lista di attesa per trapianto di organi solidi o di midollo (art. 4, comma 48, lettera b della legge regionale 13/2018);
- attestazione dell'indicatore ISEE con un valore non superiore a 15.000,00, calcolato secondo quanto disposto dal DPCM 159/2013 e s.m.i.;
- dichiarazione, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR n. 445/2000 e 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;

Si specifica che l'attestazione ISEE come sopra indicata dovrà essere calcolata secondo le disposizioni previste dall'art. 6 del DPCM 159/2013 e s.m.i. Tuttavia, per coloro che non abbiano ottenuto 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 Economica Equivalente – Le risposte alle domande più frequenti" (FAQ n. V-27 del 26.01.2016).

COMUNE DI FILETTINO
Protocollo Arrivo N. 3774/2025 del 02-07-2025
Allegato 3 - Copia Documento

Le persone che si trovano in una delle situazioni previste dal comma 49 dell'art. 4 della l.r. 13/2018, ovvero perdita del proprio posto di lavoro o ricorso al periodo di aspettativa non retribuita avendo terminato il periodo di malattia retribuito riconosciuto dal contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL), potranno produrre idonea documentazione attestante una delle sopraelencate condizioni anche attraverso la presentazione dell'ISEE corrente di cui all'art. 9 del DPCM n. 159/2013 e s.m.i., purché questo presenti un valore inferiore a 15.000,01.

Causa di esclusione e di decadenza del contributo

Sono esclusi dal contributo le persone non in possesso dei requisiti previsti dal presente atto

“La DGR 13 luglio 2021 n. 456 modifica l'allegato A della deliberazione di Giunta regionale n. 586/2020 (Nuove modalità attuative dell'art.4, commi 47-52 della legge regionale n.13/2018) e nello specifico esplicita che costituiscono cause di decadenza dal beneficio le condizioni sottoindicate se intervenute in data compresa tra la presentazione della domanda e l'approvazione dell'elenco dei beneficiari da parte del nucleo valutativo:

- il decesso del beneficiario;
- la perdita dei requisiti di accesso;
- ricovero continuativo in hospice o altra tipologia di struttura residenziale a totale carico del SSR, o in strutture residenziali sociosanitarie.

In caso di decesso del beneficiario, intervenuto successivamente al riconoscimento dell'ammissibilità al beneficio, la Direzione regionale per l'Inclusione sociale provvederà all'assegnazione del relativo contributo alla ASL competente.

ASL Frosinone provvederà all'erogazione del contributo in favore degli eventuali eredi che dovranno comunicare formalmente il proprio diritto di successione alla ASL, corredato dalla necessaria documentazione che sarà richiesta da questa ASL.

La mancata osservanza delle modalità di presentazione costituirà causa di inammissibilità formale della domanda di partecipazione.

Assegnazione del contributo

A conclusione dell'istruttoria sul possesso dei requisiti di ammissibilità, l'Azienda Sanitaria Locale di Frosinone provvederà a trasmettere alla Regione Lazio, Direzione regionale per l'Inclusione sociale (inclusionem.fragilita@regione.lazio.legalmail.it), entro la scadenza tassativa del 31 ottobre 2025 gli elenchi degli aventi diritto al contributo, nel rispetto di quanto disposto dalla normativa vigente in materia di trattamento dei dati personali. In caso di invio successivo alla scadenza indicata, le istanze presentate non saranno prese in considerazione.

I dati personali di cui l'Amministrazione Regionale verrà in possesso in ragione della concessione dei contributi previsti dal presente atto confluiranno in un archivio, di cui è titolare la Regione Lazio – Giunta Regionale, che si riserva di raccogliere, trattare, comunicare e diffondere in forma aggregata i dati forniti, nei limiti e secondo le disposizioni dettate dal Regolamento (UE) 2016/679 “Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati” (RGPD) e dal D. Lgs. n. 196/2003 e s.m.i. “Codice in materia di protezione dei dati personali”,

La Direzione regionale per l'Inclusione sociale, con proprio atto amministrativo:

- prende atto dei dati trasmessi dalle Aziende Sanitarie Locali;
- procede all'assegnazione alle Aziende Sanitarie Locali dei finanziamenti necessari a soddisfare le richieste presentate dagli aventi diritto e all'impegno e liquidazione del relativo contributo, nei limiti delle disponibilità del bilancio regionale e secondo le modalità previste dal presente documento.

La determinazione di impegno di spesa a favore delle Aziende Sanitarie Locali sarà pubblicata sul sito web della Regione Lazio.

L'ASL di Frosinone, completato il piano delle assegnazioni, ne darà comunicazione ai beneficiari ed erogherà il contributo in un'unica soluzione agli stessi.

Per eventuali ulteriori informazioni è possibile contattare la dott.ssa Nisia Lucchetti Dirigente professioni sanitarie assistente sociale di questa ASL (email: nisia.lucchetti@aslfrosinone.it)

In allegato domanda di contributo.

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Arturo Cavaliere

COMUNE DI FILETTINO
Protocollo Archivio N. 3774/2025 del 02-07-2025
Allegato 3 - Copia Documento

Prot. Del

Al Punto Unico d'Accesso (PUA) di

Distretto Sanitario di _____

Oggetto: domanda per l'accesso al contributo ai sensi delle Deliberazioni n. 586/2020 e n. 456/2021 inerente "contributi 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 31.07.2025.

Io sottoscritta/o

Nome e Cognome _____

Nata a _____ il _____

[illegible]

Residente a _____ CAP _____ Provincia _____

Via _____

Tel. _____ e-mail _____

DICHIARO DI ESSERE

☐ Dirett interessat

☐ familiare

(coniuge o figlio in assenza del coniuge o, in assenza di entrambi, altro parente fino al 3° grado di parentela) che firma per impedimento temporaneo a sottoscrivere (DPR 445/2000. Art 4)

Nome e Cognome _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ CAP _____ Provincia _____

Via _____

[illegible]

Grado di parentela (specificare)_____

Tel. _____ e-mail _____

- ☐ il genitore (con la responsabilità genitoriale)

del/la minore

Nome e Cognome _____

Nato/a il _____ a _____ Prov. _____

[illegible]

□ Il tutore

☐ il curatore

- l'amministratore di sostegno

Nome e Cognome _____

Nato/a il _____ a _____ Prov. _____

[illegible]

CHIEDO

COMUNE DI FILETTINO
Protocollo Arrivo N. 3774/2025 del 02-07-2025
Allegato 3 - Copia Documento
a)

di accedere ai contributi a sostegno dei cittadini residenti nel Lazio affetti da patologie oncologiche e in lista di attesa per trapianto di organi solidi o di midollo ai sensi delle DGR 586 del 6 agosto 2020 e 456 del 13 luglio 2021.



ALLEGATO

Per persone affette da patologie oncologiche e per persone in lista di attesa per trapianto di organi solidi o di midollo

- esenzione per patologia oncologica cod. 48 (solo per le persone affette da patologie oncologiche);
- documentazione attestante che le persone siano affette – al momento della presentazione della domanda – da patologie oncologiche e che necessitano di cure e/o trattamenti
- certificazione emessa da uno dei centri di riferimento presenti sul territorio nazionale di trovarsi nelle condizioni previste dall'art. 4, comma 48, lettera b legge regionale 13/2018 (solo per le persone in lista di attesa per trapianto di organi solidi o di midollo)
- attestazione dell'indicatore ISEE con un valore non superiore a 15.000,00, calcolato secondo quanto disposto dall' art. 6 del DPCM 159/2013 e smi;
- copia del codice IBAN del conto corrente (su cui è possibile accreditare il contributo) o codice IBAN della carta Postepay Evolution
- eventuale dichiarazione, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 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;

Le persone che si trovano in una delle situazioni previste dal comma 49 dell'art. 4 della l.r. 13/2018, ovvero perdita del proprio posto di lavoro o ricorso al periodo di aspettativa non retribuita avendo terminato il periodo di malattia retribuito riconosciuto dal contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL) potranno produrre idonea documentazione attestante una delle sopraelencate condizioni anche attraverso la presentazione dell'ISEE corrente di cui all'art. 9 del DPCM n. 159/2013 e smi, purché questo presenti un valore inferiore a 15.000,01.

EVENTUALE ALTRA DOCUMENTAZIONE

- una copia di un documento di identità in corso di validità della persona (ad es. genitore, tutore, familiare, ecc) che presenta la richiesta per conto della/del beneficiaria/o del contributo
- Dichiarazione di trovarsi in una delle situazioni previste dal comma 49 dell'art. 4 della l.r. 13/2018, ovvero perdita del proprio posto di lavoro o ricorso al periodo di aspettativa non retribuita avendo terminato il periodo di malattia retribuito riconosciuto dal contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL).

COMUNE DI FILETTINO
Protocollo Archivio N. 3774/2025 del 02-07-2025
Allegato 3 - Copia Documento

la seguente modalità per il pagamento del contributo:

(indicare il conto corrente intestato o cointestato alla richiedente, su cui è possibile l'accredito del contributo)

Intestatario/i

Codice IBAN

[illegible]

Io sottoscritto/a, presa visione delle informazioni e del trattamento dei dati personali presente agli atti dell'ufficio e disponibili sulla pagina internet www.asl.fr.it/ufficio-privacy, autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali 2016/679 e del D. Lgs. n.196/2003 e ss.m.ii. e dichiaro di dare il consenso affinché i propri dati vengano trattati per le finalità di cui alla DGR 6 agosto 2020, n. 586 e della DGR 13 luglio 2021 n. 456.

- di essere a conoscenza che, in caso di dichiarazioni mendacie/odi falsità in atti, sarò soggetto 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.

Data

Firma (per esteso e leggibile)

SPAZIO RISERVATO ALL'AZIENDA USL di FROSINONE

Esaminata la documentazione allegata si esprime parere:

☐ positivo

☐ negativo

per i seguenti motivi:

Data _____

Firme del Nucleo Valutativo _____

✍

PER EVENTUALE RICEVUTA DELL'ASL DI FROSINONE

Ricevo la richiesta di contributo da parte del/la Sig./ra

Nome _____ Cognome _____

- ☐ esenzione per patologia oncologica cod. 48;
- ☐ documentazione attestante- al momento della presentazione della domanda – le patologie oncologiche e necessità di cure e/o trattamenti;
- ☐ certificazione emessa da uno dei centri presenti sul territorio nazionale di trovarsi nelle condizioni previste (art. 4, comma 48, lettera b, legge regionale 13/2018);
- ☐ attestazione dell'indicatore ISEE con un valore non superiore a 15.000,00;
- ☐ dichiarazione, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR n. 445/2000 e 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.
- ☐ Dichiarazione di trovarsi in una delle situazioni previste dal comma 49 dell'art. 4 della l.r. 13/2018, ovvero perdita del proprio posto di lavoro o ricorso al periodo di aspettativa non retribuita avendo determinato il periodo di malattia retribuito riconosciuto dal contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL),
- ☐ Copia della tessera sanitaria
- ☐ Copia del documento d'identità
- ☐ Copia del documento d'identità della persona che presenta la richiesta per conto della beneficiaria del contributo
- ☐ Copia codice IBAN

Data _____ Firma e timbro dell'operatore Asl _____

COMUNE DI FILETTINO
Protocollo Arrivo N. 3774/2025 del 02-07-2025
Allegato 3 - Copia Documento