

**ALLEGATO SUB. 1**

**MODULO PER LA DOMANDA DI AMMISSIONE AL CONTRIBUTO ALLE SPESE SANITARIE SOSTENUTE DAI CITTADINI CON DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO DI CUI ALL'ART. 72 COMMA 4 DELLA L.R. N° 32/2022 ED ALLA D.G.R. N° 1584/2024.**

Al **DIRETTORE DEL DISTRETTO**

**SOCIO SANITARIO N° \_\_\_\_\_**

e, per il proprio tramite

Al **DIRETTORE GENERALE ASL BA**

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 consapevoli che, in caso di false dichiarazioni o false attestazioni accertate dall'Amministrazione precedente, verranno applicate le sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione o attestazione non veritiera, i sottoscritti:

<b>PADRE</b>	<p>Nome _____ Cognome _____</p> <p>Luogo e data di nascita _____</p> <p>Codice Fiscale <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>Indirizzo di residenza (Città, via e n. civico) _____</p> <p>Numero di telefono _____</p>
<b>MADRE</b>	<p>Nome _____ Cognome _____</p> <p>Luogo e data di nascita _____</p> <p>Codice Fiscale <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>Indirizzo di residenza (Città, via e n. civico) _____</p> <p>Numero di telefono _____</p>



- i disturbi dello spettro autistico, né usufruisce di altra misura regionale a qualsiasi titolo in funzione della condizione di disabilità;
- 4) non è stato rifiutato l'accesso alle prestazioni ordinarie presso le strutture pubbliche o private accreditate e contrattualizzate con la ASL, atteso che il servizio di NP/IA/CAT ha dichiarato l'indisponibilità alla presa in carico;
- 5) la presente istanza  HA  NON HA (barrare la casella) carattere di priorità atteso che l'intervento è rivolto in favore di un assistito minore di età prescolare;

Ai fini dell'istruttoria si allega la seguente documentazione (in copia conforme all'originale ai sensi degli artt. 19 e 47 del D.P.R. 445/2000):

- a) preventivo economico annuo dettagliato per tipologia di prestazione/intervento rilasciato dal Professionista sanitario o dalla Struttura - di cui al paragrafo C dell'Allegato 1 della DGR n° 1584/2024 - in linea con il programma di trattamento individualizzato autorizzato dal CAT, dal quale si evincano le ore necessarie per la prestazione/intervento;
- b) documentazione probante i titoli e la specifica esperienza per il trattamento dei soggetti con Disturbo dello Spettro Autistico da parte del professionista sanitario come da paragrafo C dell'Allegato 1 della DGR n° 1584/2024;
- c) in caso di scelta di struttura di cui al paragrafo C lettera e) dell'Allegato 1 della DGR n° 1584/2024, dichiarazione del legale rappresentante della struttura, resa ai sensi del DPR 445/2000, riportante che le prestazioni sono rese:
- in regime di solvenza e non rientrano tra quelle contrattualizzate con la ASL;
  - in locali che concorrono al rispetto dei requisiti strutturali per le strutture residenziali accreditate;
  - con professionisti avente i requisiti di cui ai punti a), b) e c) del paragrafo C dell'Allegato 1 della DGR n° 1584/2024 in aggiunta rispetto allo standard organizzativo previsto dagli specifici regolamenti;
- d) la sede/studio presso cui si svolgeranno le prestazioni, sito in \_\_\_\_\_ alla via/corso \_\_\_\_\_;
- e) le prescrizioni al trattamento rilasciate dal CAT o dal Servizio di Neuropsichiatria Infantile della ASL BA con relativo Programma di trattamento individualizzato;
- f) dichiarazione del CAT o dal Servizio di Neuropsichiatria Infantile della ASL BA circa l'indisponibilità alla presa in carico dell'assistito da parte della Struttura pubblica o privata accreditata in ragione della lista d'attesa;
- g) copia fotostatica del documento di riconoscimento e del codice fiscale del minore e del dichiarante.

Si fa espressa riserva di inviare al Distretto in indirizzo, al fine della liquidazione delle spese sostenute ed autorizzate:

- il resoconto dettagliato delle spese sostenute accompagnato dalle fatture emesse dai professionisti sanitari in forma singola o associata che attestino i pagamenti delle prestazioni ricevute;
- la relazione da parte del professionista sanitario circa il percorso realizzato con la persona con ASD, con gli obiettivi raggiunti [Rif. Allegato 1 DGR 1584/2024 Paragrafo C P.to Pag. 3: "Al termine del programma indicato, il CAT/NP/IA verificherà l'efficacia dell'intervento"];

A tal fine i dichiaranti comunicano di voler ricevere l'accredito del contributo:

