



**Bari, 28/07/2017**

**AOO\_146/28/07/2017/00016314**

Trasmissione a mezzo  
posta elettronica ai sensi  
dell'art.47 del D. Lgs n. 82/2005

**Ai Direttori Generali delle ASL Pugliesi**

**Ai Direttori Amministrativi**

**E, p.c.**

**Ai Direttori dei Distretti Sociosanitari**

**LORO SEDI**

**Oggetto: L.R. n. 8 del 2 maggio 2017 "Contributo a Sostegno dell'acquisto di Parrucche a favore di pazienti oncologici sottoposti a chemioterapia".**

Com'è a tutti noto, il Consiglio Regionale ha approvato la l.r. n. 8/2017 richiamata in oggetto con cui la Regione riconosce a pazienti affetti da patologie oncologiche lo stato patologico della perdita dei capelli e per essi riconosce un contributo di massimo Euro 300,00 per il rimborso della spesa sostenuta per l'acquisto di una parrucca.

Con la presente nota si comunica che l'Assessorato al Welfare ha avviato l'istruttoria per tutti gli adempimenti di cui al comma 2 dell'Art. 3 e che, nelle more della definizione del riparto del fondo complessivamente disponibile, si chiede alle Aziende in indirizzo di voler provvedere a:

- individuare formalmente con apposito provvedimento della Direzione Generale il responsabile amministrativo per il procedimento di istruttoria e concessione del contributo economico, dandone tempestiva comunicazione alla Sezione Inclusione Sociale attiva,
- adottare il format di domanda come allegato alla presente nota, al fine di assicurare omogenee condizioni di accesso per tutti i cittadini che ne faranno richiesta;
- supportare gli stessi cittadini, anche con il concorso delle Associazioni di Volontariato impegnate direttamente nell'assistenza ai pazienti oncologici, nell'accesso alle informazioni e alla modulistica necessaria per la formulazione delle domande;
- di avviare a far data dal 1° agosto 2017 la possibilità per tutti i cittadini interessati di presentare formale richiesta di contributo a rimborso della spesa già sostenuta per l'acquisto di una parrucca.

A tal fine si precisa che potranno presentare domande tutti i cittadini residenti in Puglia alla data del 1° gennaio 2017, che si trovino nelle condizioni di cui all'art. 1 della l.r. n. 8/2017, che abbiano acquistato una parrucca a far data dal 1° gennaio 2017 e che possa dimostrarne l'avvenuto pagamento quietanzato sempre a partire dalla medesima data.

Unica spesa ammissibile è quella dell'acquisto della parrucca e non possono in alcun modo essere ammissibili costi aggiuntivi o complementari rispetto allo stesso acquisto.

Le ASL istruiscono le domande rispetto ai soli requisiti di accesso e provvedono alla erogazione dei contributi concessi entro il bimestre successivo a quello in cui è presentata formalmente la domanda,



**Sezione Inclusione Sociale attiva e Innovazione Reti Sociali**

previa adozione di apposito atto dirigenziale di approvazione dell'elenco parziale delle domande relative a ciascun periodo.

Inoltre con cadenza bimestrale il RUP di ciascuna Azienda provvede a trasmettere i medesimi atti alla Sezione Inclusione Sociale attiva e Innovazione reti sociali, con i principali dati statistici riferiti a tutte le domande e al relativo contributo economico richiesto, al fine di consentire a questo Assessorato di monitorare l'andamento del fabbisogno finanziario per la misura in oggetto, atteso che la Giunta Regionale resta impegnata ad individuare ulteriori disponibilità finanziarie, oltre quelle già assegnate con l'art. 7 della l.r. n. 8/2017, laddove le stesse non fossero sufficienti per coprire l'ammontare complessivo dei contributi richiesti nel corso della corrente annualità 2017.

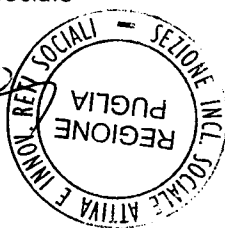
Per ulteriori informazioni si prega di fare riferimento esclusivamente al seguente indirizzo e-mail: [inclusione.innovazione@pec.rupar.puglia.it](mailto:inclusione.innovazione@pec.rupar.puglia.it), per fornire risposte scritte a quesiti scritti e, per ogni ulteriore elemento di dettaglio si dovrà fare riferimento alla imminente Deliberazione di Giunta Regionale che provvederà ad approvare dettagliate linee guida per l'operatività delle ASL nella gestione della misura in oggetto.

Ringraziando per la consueta collaborazione, si invia i più Cordiali saluti

La Dirigente della Sezione Inclusione Sociale

Attiva e Innovazione Reti Sociali

(D.ssa Anna Maria Candela)



**L'Assessore al Welfare  
(Arch. Salvatore Negro)**



Alla ASL di \_\_\_\_\_

Responsabile Amministrativo Contributo ex l.r. n. 8/2017

Via \_\_\_\_\_

CAP Comune (Prov)

**Oggetto: Domanda di ammissione al contributo per il rimborso della spesa per l'acquisto di parrucca (l.r. n. 8/2017).**

**SOGGETTO RICHIEDENTE**

**A**  Soggetto beneficiario finale<sup>1</sup>

**B**  Soggetto diverso dal beneficiario finale

*Nota: tutte le informazioni e i dati comunicati all'atto di presentazione della domanda si intendono rilasciati in regime di autocertificazione (DPR 445/2000); la documentazione cartacea comprovante i requisiti previsti dall'Avviso sarà consegnata successivamente a seguito di espressa richiesta da parte della ASL competente.*

**INDIVIDUAZIONE SOGGETTO RICHIEDENTE**

Richiede il beneficio:

Soggetto beneficiario finale

Soggetto parente o affine del beneficiario finale

Specificare relazione con il beneficiario

CODICE FISCALE

del Beneficiario finale

**DATI ANAGRAFICI DEL SOGGETTO BENEFICIARIO FINALE**

*(da compilare obbligatoriamente)*

Nome

Cognome

Sesso

M  F

Luogo di nascita

Prov.

Data di nascita

giorno

mese

anno

Luogo di residenza

Prov.

<sup>1</sup> Per beneficiario finale si intende la persona disabile o anziana, in condizione di gravissima non autosufficienza, a cui sono riferiti i requisiti per l'ammissibilità alla misura "Assegno di cura"



Via/Corso/Strada  n. civ.

Luogo di domiciliazione  Prov.

Via/Corso/Strada  n. civ.

Telefono  Email

**Cognome e nome del Medico di Medicina Generale:**

Nome  Cognome

Luogo di residenza  Prov.

**Denominazione della Struttura del SSN o SSR che ha attestato la patologia  
e lo stato di alopecia conseguente ai trattamenti chemioterapici:**

Denominazione

Luogo di residenza  Prov.

**DATI ANAGRAFICI SOGGETTO RICHIEDENTE DELEGATO (PARENTE O AFFINE O ALTRO)**

*(Se il soggetto richiedente delegato è un minore, indicare il nome e il cognome del genitore o del tutore)*

Nome  Cognome

Sesso M  F

Luogo di nascita  Prov.

Data di nascita giorno  mese  anno

Luogo di residenza  Prov.

Via/Corso/Strada  n. civ.

Luogo di domiciliazione  Prov.

Via/Corso/Strada  n. civ.



Telefono

Email

CODICE FISCALE

\*\*\*\*\*

Il/la sottoscritto/a **CHIEDE** l'ammissione al beneficio di cui alla legge regionale 2 maggio 2017 n.8 e a tal fine, consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità (art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.) e consapevole che le dichiarazioni non conformi al vero e la mancata o intempestiva comunicazione delle predette variazioni comporteranno, in ogni caso, oltre all'applicazione delle sanzioni di legge, il recupero delle somme che risultassero indebitamente non versate per la fornitura di cui trattasi, **DICHIARA**:

1. che il Soggetto beneficiario finale è percettore indennità di accompagnamento o comunque non autosufficiente ai sensi della quarta colonna del prospetto dell'Allegato 3 del DPCM n. 159/2013

SI

NO

**Dichiara, inoltre:**

2. di essere a conoscenza, in quanto informato ai sensi della L. n. 196/2003 e s.m.i., che i dati acquisiti con la presente autocertificazione vengono trattati dagli enti interessati per lo svolgimento delle proprie funzioni connesse all'erogazione della misura economica;

3. di trovarsi nella condizione di patologia di cui all'art. 1 della l.r n. 8/2017;

4. di avere acquistato in data successiva al 01.01.2017 una parrucca per una spesa complessiva di Euro \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_/00) come da documentazione allegata;

5. di chiedere il rimborso del contributo in misura pari ad Euro \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_/00)<sup>2</sup>

e, a tal fine, **ALLEGA** la seguente documentazione, a pena di esclusione:

- fotocopia della tessera sanitaria
- certificazione medica rilasciata dal Medico di Medicina Generale o Specialista del SSN che attesti la patologia di tumore e il conseguente trattamento chemioterapico causa dell'alopecia
- scontrino fiscale o fattura o ricevuta, relativa all'acquisto della parrucca nel corso dell'anno 2017;
- fotocopia di un documento d'identità valido del soggetto beneficiario finale (e, ove rilevanti, del soggetto richiedente).

**MODALITA' DI ACCREDITAMENTO DEL BENEFICIO ECONOMICO**

**(da utilizzare previa verifica, in caso di ammissione al beneficio)**

Accredito su c/c

Intestato a

IBAN

<sup>2</sup> In misura non superiore all'importo di Euro 300,00 come da art. 2 della l.r. n. 8/2017)



**REGIONE  
PUGLIA**

**DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E  
DELLO SPORT PER TUTTI**

**SEZIONE INCLUSIONE SOCIALE ATTIVA E INNOVAZIONE DELLE RETI SOCIALI**

Banca

Filiale/Agenzia di

**AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Informativa sulla privacy

Accetto

Non accetto

*Luogo* \_\_\_\_\_ *Data* \_\_\_\_\_

**IN FEDE**

\_\_\_\_\_