

Prot. Del

Al Punto Unico d'Accesso (PUA)

Distretto Sanitario di \_\_\_\_\_  
(Anagni/ Frosinone/ Sora/Cassino)

Oggetto: domanda per l'accesso al contributo ai sensi della Deliberazione 6 agosto 2020, n. 586 "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". ANNO 2021.

Io sottoscritto/a

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ e-mail (facoltativo) \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Grado di parentela (specificare) \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ e-mail (facoltativo) \_\_\_\_\_

il genitore (con la responsabilità genitoriale)

del/la minore

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Il tutore

il curatore

l'amministratore di sostegno

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

CHIEDO

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 della DGR 586 del 6 agosto 2020.





## ALLEGATO

## 1. Per le persone affette da patologie oncologiche:

- documentazione attestante la residenza nella Regione Lazio;
- esenzione per patologia oncologica cod. 48;
- 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;
- 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;
- una copia della tessera sanitaria;
- una copia di un documento di identità in corso di validità

## 2. Per le persone in lista di attesa per trapianto di organi solidi o di midollo:

- documentazione attestante la residenza nella Regione Lazio;
- certificazione emessa da uno dei centri di riferimento presenti sul territorio nazionale di trovarsi nelle condizioni previste dall'art. 4, comma 48, lettera b);
- 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
- 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;
- una copia della tessera sanitaria
- una copia di un documento di identità in corso di validità

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).