



# FONDO PER IL DIRITTO ALLA RIABILITAZIONE

## CHE COS'E'

Crediamo fortemente nel diritto di ogni bambino, indipendentemente dalle possibilità economiche della sua famiglia, ad essere riconosciuto e sostenuto nelle proprie difficoltà da staff qualificato, con tutti gli strumenti necessari e in un ambiente accogliente.

Abbiamo quindi deciso di costituire, a partire dal 2018, un **FONDO PERMANENTE PER IL DIRITTO ALLA RIABILITAZIONE** per consentire l'accesso in regime privato alle terapie, anche a quei bambini le cui famiglie vivono in disagio socioeconomico.

Il Fondo viene alimentato dalle donazioni che raccogliamo periodicamente attraverso il 5x1000, eventi ed iniziative di raccolta fondi, donazioni liberali di privati ed aziende.

## COME FUNZIONA

A ciascuna famiglia beneficiaria sarà concesso un "contributo" massimo di 300€.

*Il contributo potrà essere utilizzato dalla famiglia per abbattere il costo della terapia che si effettua.*  
In ogni caso e per qualunque tipo di trattamento, tale contributo non potrà superare il 40% del costo dovuto per il trattamento o per il pacchetto di trattamenti.

A titolo puramente esemplificativo:

- se il trattamento costa 100€ si possono scalare 40€
- se il trattamento costa 50€ si possono scalare 20€

Il contributo non ha scadenza e potrà essere spalmato su più mesi fino ad esaurimento della cifra totale stabilita.

Tale contributo è garantito a fronte della regolarità della frequenza. Qualora tale regolarità non fosse rispettata l'Associazione Il Mago di Oz Onlus si riserva di revocare il credito assegnato.

Qualora la famiglia non dovesse utilizzare tutto l'importo messo a disposizione, la restante parte sarà nuovamente destinata al Fondo.

## CRITERI DI ACCESSO AL FONDO

- Si può fare richiesta una sola volta per ciascuna famiglia
- Possono fare richiesta sia pazienti in trattamento che nuovi pazienti
- La famiglia che fa richiesta deve essere in possesso di diagnosi rilasciata da Neuropsichiatra Infantile, Centro privato o convenzionato, o Asl di appartenenza nei 12 mesi precedenti alla suddetta richiesta e deve contenere le indicazioni specifiche di trattamento e di frequenza, ad eccezione per le terapie psicologiche familiari per le quali non è richiesta diagnosi del Neuropsichiatra Infantile.

ASSOCIAZIONE IL MAGO DI OZ ONLUS – La riabilitazione nell'età evolutiva

Via C. Pascucci 63, 00124 Roma – Via dei Palombari 6, 00122 Roma – Tel. 0645540538 – [info@imagodioz.com](mailto:info@imagodioz.com)

Anagrafe ONLUS: 82072 – P.IVA 10874961005 – C.F. 97390600589

[www.ilmagodioz.com](http://www.ilmagodioz.com)

## CRITERI DI ESCLUSIONE

- Minore che effettua già terapia presso la ASL o struttura convenzionata al momento della presentazione della domanda
- Minore che usufruisce di indennità di frequenza al momento della presentazione della domanda

NOTA: L'accoglimento della domanda è subordinato alla valutazione della commissione interna sulla base di criteri legati alla motivazione, all'urgenza di trattamento e alla situazione economica familiare.



## DOMANDA PER RICHIESTA FONDO DIRITTO RIABILITAZIONE

(da stampare e inviare completa della documentazione richiesta all'indirizzo: [fondo@ilmagodioz.com](mailto:fondo@ilmagodioz.com))

I \_\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_

(cognome e nome del richiedente)

\*in qualità di  genitore/esercente la responsabilità genitoriale  tutore  affidatario

\* campo da compilare solo in caso di richiesta per minore

### CHIEDE DI USUFRUIRE DEL FONDO PER IL DIRITTO ALLA RIABILITAZIONE

per il seguente servizio (indicare tipo di intervento: *es. logopedia*):

---

---

A tal fine dichiara, in base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa e consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero, che il minore/adulto (indicare i dati di chi usufruisce del servizio. In caso di terapia familiare indicare i dati del richiedente):

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

In via \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

è in possesso di DIAGNOSI CERTIFICATA\* DA ASL, NEUROPSICHIATRA INFANTILE O ALTRO MEDICO

SPECIALISTA PER IL SEGUENTE DISTURBO/PATOLOGIA (*riportare diagnosi, indicazione di trattamento e frequenza*): \_\_\_\_\_

---

*\*ad eccezione per la terapia psicologica familiare, per la quale non è richiesta diagnosi*

---

che la situazione economica familiare richiede supporto (*indicare professione dei due genitori, descrivere la situazione economica generale della famiglia e la motivazione della richiesta di accesso al Fondo*):

---

---

---

---

---

Il minore per il quale si fa richiesta percepisce indennità di frequenza/pensione di invalidità dall'INPS? SI      NO

Il minore per il quale si fa richiesta, al momento della presentazione della domanda, è in trattamento presso ASL o struttura convenzionata? SI      NO

Il minore per cui si fa richiesta ha fratelli/sorelle che fanno trattamento riabilitativo/terapia presso privato (centro, associazione, professionista singolo)? SI      NO

Data .....

\* padre .....

\* madre.....

*Firme di autocertificazione  
(Legge 127 del 1997, DPR 445 del 2000)*

\* Il sottoscritto, **presa visione dell'informativa** resa dall'Associazione Il Mago di Oz ONLUS, ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, dichiara di essere consapevole che l'Associazione Il Mago di Oz ONLUS può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini contenuti nel Bando di cui ha preso visione.

Data .....

\*\*firma (del richiedente).....

\*\*Alla luce delle disposizioni del codice civile in materia di filiazione, la richiesta di accesso al fondo per il diritto alla riabilitazione presso la nostra struttura, rientrando nella responsabilità genitoriale, deve essere sempre condivisa dai genitori. Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore, si intende che la scelta sia stata condivisa.

## **DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA PRESENTE DOMANDA (pena l'esclusione)**

- Certificato di Diagnosi\* rilasciato da ASL, Neuropsichiatra Infantile privato o pubblico, medico specialistico (rilasciato entro 12 mesi dalla data di presentazione della suddetta domanda) con indicazione di trattamento.
- ISEE relativo all'anno di imposta precedente a quello in corso, riferito al nucleo familiare o al genitore unico in caso di nucleo monogenitoriale.
- Documento d'identità in corso di validità di entrambi i genitori o del genitore affidatario in caso di nucleo monogenitoriale.

*\*ad eccezione della terapia psicologica familiare per la quale non è richiesta.*