



CONTRIBUTI PER PERSONE CON HANDICAP

CHE APPLICANO I METODI DOMAN, VOJTA, FAY, ABA, PERFETTI O FELDENKRAIS

Scadenza presentazione domande: 18/06/2026

La Regione del Veneto con L.R. n. 6/99, successive modifiche ed integrazioni, L.R. n.16/2016 e L.R. 44/2019, ha previsto l'erogazione di un contributo per i cittadini portatori di handicap psicofisico, certificato ai sensi dell'art.3 della L.104/92, residenti nel Veneto (da almeno 6 mesi alla data della presentazione della domanda) che utilizzano i metodi riabilitativi Doman, Vojta, Fay, Aba, Perfetti o Feldenkrais.

La domanda di contributo deve essere presentata dal cittadino in condizione di disabilità psicofisica o dal suo rappresentante legale (tutore – curatore - Amministratore di sostegno - genitore per minorenni), utilizzando il modello predisposto e allegato.

La Regione del Veneto riconosce un contributo sulla base delle spese documentate, non coperte da concorso sanitario, sostenute in applicazione dei Metodi sopracitati, per le prestazioni effettuate nell'arco temporale dal **01/05/2025 al 30/04/2026**.

La consegna della documentazione può avvenire:

- tramite servizio postale con lettera raccomandata AR indirizzata all'Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana Via Sant'Ambrogio di Fiera, n. 37 - 31100 Treviso PEC: protocollo.aulss2@pecveneto.it
- tramite PEC all'indirizzo protocollo.aulss2@pecveneto.it
- su appuntamento da concordare con i Servizi Età Evolutiva sotto indicati.

È importante specificare sempre nella domanda il Distretto di appartenenza.

La documentazione dovrà pervenire entro il 18/06/2026

Eventuali informazioni potranno essere chieste dal 25/05/2026:

Distretto TREVISO: segreteria UOC Infanzia, Adolescenza, Famiglia e Consultori – Servizio Età Evolutiva sede di Treviso:

- Dott.ssa Federica Salvian, tel. 0422/920189 giovedì dalle ore 15.00 alle ore 17.00 venerdì dalle ore 08.30 alle ore 10.30

Distretto di Asolo: segreteria UOC Infanzia Adolescenza Famiglia e Consultori - sedi Servizio Età Evolutiva di Asolo, Castelfranco Veneto, Montebelluna, Valdobbiadene:

- Dott.ssa Ilaria Volpato tel. 0423-977452 mercoledì dalle 14.00 alle ore 15.00 venerdì dalle 9.00 alle ore 10.00

Distretto PIEVE DI SOLIGO segreteria UOC Infanzia, Adolescenza, Famiglia e Consultori – Servizio Età Evolutiva sede di Conegliano:

- Dott.ssa Caterina Silotto, Tel. 0438/662997
mercoledì dalle ore 10.00 alle ore 13.00
martedì dalle ore 14.30 alle ore 16.30

I requisiti e le modalità attuative per l'erogazione di detto contributo sono esplicitati nella DGRV n. 864/2009 che saranno di seguito richiamate.

Per essere ammessi al contributo è necessario **compilare e firmare il modulo di domanda che deve essere presentato, corredato della seguente documentazione:**

1. modulo compilato e sottoscritto per il consenso al trattamento dei dati personali, presente nella domanda;
2. copia del documento di identità del richiedente;
3. copia del codice fiscale del richiedente;
4. copia del codice fiscale del beneficiario;
5. copia del documento bancario che evidenzi l'intestazione del conto corrente (richiedente o beneficiario) e le coordinate bancarie (IBAN). Non sarà possibile la liquidazione su conti diversi da quello del richiedente o beneficiario;
6. elenco dettagliato della documentazione delle spese sanitarie compilando **ALLEGATO 1**;
7. elenco dettagliato della documentazione delle spese sostenute per trasporto, vitto e alloggio compilando **ALLEGATO 2**;
8. elenco dettagliato della documentazione delle spese sostenute per acquisto materiale compilando **ALLEGATO 3**;
9. Dichiarazione rilasciata dal Centro Riabilitativo/Supervisore del progetto riabilitativo, compilando **ALLEGATO 4**;

Il tetto massimo di spese ammissibili per ciascun utente è di € 20.000,00.

Gli originali della documentazione devono essere conservati ed esibiti se richiesti in visione per ulteriori verifiche.

La valutazione della documentazione presentata dall'interessato sarà effettuata in relazione alle disposizioni regionali in materia il cui esito sarà comunicato successivamente al titolare della richiesta.

L'erogazione del contributo è subordinata all'effettivo trasferimento degli specifici fondi da parte della Regione Veneto.

Normativa

- Legge Regionale n. 16 del 26 maggio 2016 - Contributo ai cittadini veneti portatori di handicap psicofisici che applicano il "Metodo Doman o Vojta o Fay o Aba" e successive modificazioni e norma transitoria
- Legge Regionale n. 6 del 22 febbraio 1999 - Contributo ai cittadini veneti portatori di handicap psicofisici che applicano il « Metodo Doman o Vojta o Fay o Aba»
- Deliberazione della Giunta Regionale n. 864 del 31 marzo 2009 - "L.R. 22 febbraio 1999, n. 6, art. 10 L.R. 19 dicembre 2003 n. 41, art. 41 L.R. 30 gennaio 2004 n. 1 e art. 11 L.R. 16 agosto 2007 n. 23: "Contributi ai cittadini veneti portatori di handicap psicofisici che applicano il metodo Doman o Vojta o Fay o ABA". Modalità attuative per l'anno 2009."

Azienda ULSS 2 MARCA TREVIGIANA

Sede Legale: via Sant'Ambrogio di Fiera, n. 37, 31100 Treviso

PEC: protocollo.aulss2@pecveneto.it

Spett.le Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana
 Via S. Ambrogio di Fiera, n. 37
 31100 Treviso
protocollo.aulss2@pecveneto.it

Alla c.a.: (**barrare Distretto interessato**)

- Distretto TREVISO U.O.S. Età Evolutiva (da assegnare ala sede di Treviso)
 Distretto ASOLO U.O.S. Età Evolutiva (da assegnare a sede di Castelfranco Veneto)
 Distretto PIEVE DI SOLIGO U.O.S. Età Evolutiva (da assegnare a sede di Conegliano)

**Domanda di contributo per applicazione Metodi riabilitativi “Doman –
 Vojta – Fay – ABA – Perfetti - Feldenkrais” a portatori di handicap
 psicofisici – L.R. 6/99 e S.M.I.”.**

PERIODO 01/05/2025 – 30/04/2026

Il/la ___ sottoscritt _____

nat_a _____ il _____

residente in Via _____ nr. _____

Comune _____ Prov. _____ CAP _____

tel. o cell. _____ Codice Fiscale _____

e-mail: _____

in qualità di genitore del minore / di tutore /di amministratore di sostegno di:

Nome _____ Cognome _____

Nat __a _____ il _____

Codice Fiscale _____

CHIEDE

il riconoscimento del contributo per le prestazioni di cui all’oggetto, svolte nel periodo dal **01/05/2025** al **30/04/2026** e relative all’applicazione del metodo:

DOMAN **VOJTA** **FAY** **ABA** **PERFETTI** **FELDENKRAIS**

Specificare il Centro di cura di riferimento o specialista supervisore

Centro: _____

Specialista Supervisore: _____

Consapevole delle sanzioni penali previste dal DPR 28.12.2000 n. 445 nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi, contenenti dati non più rispondenti a verità,

DICHIARA

1. la persona che ha usufruito degli interventi è residente nella Regione del Veneto dal _____;
2. la persona che ha usufruito degli interventi è portatore di handicap psicofisico, certificato ai sensi dell'art.3 della L.104/92 ovvero in attesa di rilascio certificazione (è sufficiente aver presentato domanda);
3. le spese suddette sono state sostenute effettivamente a carico dell'interessato e quindi al netto di eventuali altri contributi;
4. in base all'art. 19 del D.P.R. 28.12.2000 nr. 445 le copie allegate alla presente sono conformi agli originali in mio possesso.

Chiede che l'erogazione del contributo avvenga a mezzo versamento c/c bancario intestato a (persona che richiede il contributo o beneficiario; non saranno accettati IBAN appartenenti a soggetti diversi dal beneficiario o richiedente)

Nome Cognome _____

codice IBAN : _____

(allegare prospetto della banca con intestazione e coordinate bancarie)

Firma* _____

Data _____

* Il genitore firmatario dichiara di aver effettuato la richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt.316, 337 ter e 337 quater del codice civile.

I dati forniti sono trattati ai sensi degli articoli 13 del Regolamento (UE) 679/2016 "GDPR". Per maggiori informazioni consultare l'informativa sul sito www.aulss2.veneto.it nella sezione dedicata al Sistema Privacy Aziendale.

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA:

1. modulo compilato e sottoscritto per il consenso al trattamento dei dati personali, presente nella domanda;
2. copia del documento di identità del richiedente;
3. copia del codice fiscale del richiedente;
4. copia del codice fiscale del beneficiario;
5. copia del documento bancario che evidenzia l'intestazione del conto corrente o carta prepagata (richiedente o beneficiario) e le coordinate bancarie (IBAN). Non sarà possibile la liquidazione su conti diversi da quello del richiedente o beneficiario;
6. elenco dettagliato della documentazione delle spese sanitarie compilando **ALLEGATO 1**;
7. elenco dettagliato della documentazione delle spese sostenute per trasporto, vitto e alloggio compilando **ALLEGATO 2**;
8. elenco dettagliato della documentazione delle spese sostenute per acquisto materiale compilando **ALLEGATO 3**;
9. Dichiarazione rilasciata dal Centro Riabilitativo/Supervisore del progetto riabilitativo, compilando **ALLEGATO 4**;

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(art. 6, lett. a) del Regolamento Europeo 2016/679)

Il/la ___ sottoscritt _____

nat_a _____ il _____

residente in Via _____ nr. _____

Comune _____ Prov. _____ CAP _____

Telefono _____ email _____

Documento riconoscimento - Tipo documento (carta identità / passaporto / patente di guida): _____

nr. documento _____ Data di scadenza _____

◇ per proprio conto

◇ per conto dell’assistito di seguito indicato

Cognome e Nome _____

Via _____ Comune _____ Provincia (____)

Documento riconoscimento - Tipo documento (carta identità / passaporto / patente di guida): _____

nr. documento _____ Data di scadenza _____

◇ esercitando la potestà genitoriale

◇ esercitando la tutela, in qualità di * _____,

(indicare gli estremi del provvedimento solo per le categorie “tutore e curatore”) in forza

del provvedimento del Giudice Tutelare del Tribunale di _____

R.G. numero _____ del ____ / ____ / ____

Vista l’informativa di cui agli artt. 13 del GDPR n.

2016/679

ACCONSENTE NON ACCONSENTE

al trattamento dei dati personali e/o particolari nei limiti strettamente necessari al raggiungimento delle finalità previste dall’informativa stessa.

Luogo e data _____

Firma _____

(*) tutore / curatore / amministratore di sostegno