

Prot. n. 4441 del 13/12/2018



*Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca*

*Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio*

*Direzione Generale*

*Viale Giorgio Ribotta 41/43 - 00144 Roma*

Indirizzo PEC: [drla@postacert.istruzione.it](mailto:drla@postacert.istruzione.it) - E-MAIL: [direzione-lazio@istruzione.it](mailto:direzione-lazio@istruzione.it)  
C.F. 97248840585

D.D.G. n. 1174

ROMA 07-12-2018

IL DIRETTORE GENERALE

- VISTA la Legge 7/8/1990, n.241 e successive modifiche e integrazioni;
- CONSIDERATO che in applicazione dell'art. 12, comma 1, della predetta legge occorre predeterminare criteri e modalità per la concessione di sussidi a favore del personale.
- VISTO il D.M. 29 marzo 1996 n. 128 recante provvidenze a favore di tutto il personale del Ministero dell'Istruzione in servizio, di quello cessato e delle loro famiglie.
- VISTI il D.P.R. n. 445/2000 e la L. 183/2011 con particolare riguardo all'art.15;
- VISTO il D.P.C.M. n. 252 del 14/11/2012 "Regolamento recante criteri e modalità per la pubblicazione degli atti e degli allegati elenchi degli oneri introdotti ed eliminati ai sensi dell'art.7, comma 2, della L. 180/2011".
- VISTO il D.Lgs n.109/1998 (come integrato e modificato dal D.Lgs n. 130/2000) riguardante "Definizione di criteri unificati di valutazione della situazione economica dei soggetti che richiedono prestazioni sociali agevolate a norma dell'art.59, c. 51 della L. 27/12/1997 n. 449.
- VISTI il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 del 5/12/2013 "regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE)" e il successivo D.M. 7/11/2014 inerente alla "Approvazione del modello tipo della Dichiarazione Sostitutiva Unica ai fini ISEE dell'attestazione nonché delle relative istruzioni per la compilazione ai sensi dell'art.10, c.3, del D.P.C.M. 5/12/2013 n.159"



*Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca*

*Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio*

*Direzione Generale*

*Viale Giorgio Ribotta 41/43 - 00144 Roma*

Indirizzo PEC: [drla@postacert.istruzione.it](mailto:drla@postacert.istruzione.it) - E-MAIL: [direzione-lazio@istruzione.it](mailto:direzione-lazio@istruzione.it)

C.F. 97248840585

## DECRETA

### Art. 1

#### Risorse

Le provvidenze di cui al presente decreto sono concesse da questo Ufficio Scolastico Regionale, nei limiti della disponibilità finanziaria del Capitolo di Spesa 2115/1, previa valutazione da parte di una apposita Commissione nominata dal Direttore Generale.

Resta salva la possibilità, da parte del Direttore Generale, di erogare sussidi nei casi di particolare gravità; in tal caso il provvedimento deve essere portato a conoscenza della Commissione.

### Art. 2

#### Beneficiari

Sono considerati beneficiari delle provvidenze il personale dipendente del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca con contratto a tempo indeterminato in servizio nelle Istituzioni scolastiche e negli uffici dell'Amministrazione scolastica periferica del Lazio, quello cessato dal servizio (entro 12 mesi dalla cessazione) e i componenti del nucleo familiare.

### Art. 3

#### Limiti di reddito

Il personale di cui all'Art. 2 può presentare domanda di sussidio per eventi verificatisi, nell'anno 2018, a se stesso o al proprio nucleo familiare (come definito dall'art. 3 del D.P.C.M. 159/2013) qualora il valore dell'indicatore della Situazione Economica Equivalente (I.S.E.E.) non superi il limite di € 38.000,00 nell'anno in cui è avvenuto l'evento.



*Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca*

*Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio*

*Direzione Generale*

*Viale Giorgio Ribotta 41/43 - 00144 Roma*

Indirizzo PEC: drla@postacert.istruzione.it - E-MAIL: direzione-lazio@istruzione.it

C.F. 97248840585

Art. 4

Eventi considerati

**Il Sussidio può essere richiesto per i seguenti eventi verificatisi nell'anno 2018:**

- 1. Decesso** del dipendente, del coniuge, dei figli o di altri familiari, **purché facenti parte del nucleo familiare anagrafico del dipendente al momento del verificarsi dell'evento.** Le relative richieste di sussidio devono essere corredate da idonea documentazione da cui si evinca che le spese siano state sostenute da soggetti appartenenti al nucleo familiare. La Commissione provvede ad esaminare le richieste e ad esprimere il proprio parere circa l'erogazione di un sussidio a favore dei superstiti nella misura massima di € 1.000,00.
- 2. Malattia ed interventi chirurgici di particolare gravità,** riguardanti il dipendente, il coniuge, i figli o altri componenti inclusi nel nucleo familiare da cui derivino spese per cure mediche e/o di degenza effettivamente sostenute, non a carico del Servizio Sanitario Nazionale o di altri Enti pubblici e non rimborsate da società ed associazioni assicurative e di assistenza volontaria o obbligatoria. Restano escluse le spese non strettamente connesse alle esigenze di cura delle malattie e degli interventi chirurgici sostenuti (es. viaggi, pernottamenti, telefonate, ristori ecc.). Non sono ammesse spese riferite a rette per ricoveri in case di cura per anziani o spese per protesi e cure dentarie.

**La spesa minima per la quale è consentito inoltrare la domanda di sussidio è fissata in € 3.500,00 per una sola patologia, la più grave, relativamente a ciascun soggetto colpito del nucleo familiare.**

**Le relative richieste di sussidio devono essere corredate da idonea documentazione da cui si evinca la spesa sostenuta, come specificato nel successivo Art. 6.**



*Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca*

*Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio*

*Direzione Generale*

*Viale Giorgio Ribotta 41/43 - 00144 Roma*

Indirizzo PEC: [drfa@postacert.istruzione.it](mailto:drfa@postacert.istruzione.it) - E-MAIL: [direzione-lazio@istruzione.it](mailto:direzione-lazio@istruzione.it)

C.F. 97248840585

La Commissione provvede ad esaminare le richieste e ad esprimere il proprio parere circa l'erogazione di un sussidio nella misura massima del 30% delle spese documentate.

#### Art. 5

#### Domande

Le domande che dovranno essere prodotte utilizzando esclusivamente l'allegato modello, dovranno essere trasmesse entro il 16 gennaio 2019 agli uffici competenti come segue:

- Le domande del personale scolastico e amministrativo, in servizio o cessato dal servizio, di questo Ufficio Scolastico Regionale dovranno essere trasmesse all'Ufficio 1° della Direzione Generale in intestazione.
- Le domande del personale scolastico in servizio o cessato dal servizio presso gli Ambiti territoriali Provinciali dovranno essere trasmesse all'Ambito Territoriale di competenza.
- Le domande del personale scolastico in servizio o cessato dal servizio delle Istituzioni scolastiche dovranno essere trasmesse all'Istituzione Scolastica di competenza.

Gli Ambiti Territoriali e le Istituzioni Scolastiche dovranno provvedere al successivo inoltro delle domande di sussidio, che saranno loro pervenute nel termine del 16 gennaio 2019, all'Ufficio 1° di questa Direzione Generale entro il termine massimo del 21 gennaio 2019.

Nello modello allegato, che costituisce parte integrante del presente decreto, devono essere indicati:



*Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca*

*Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio*

*Direzione Generale*

*Viale Giorgio Ribotta 41/43 - 00144 Roma*

Indirizzo PEC: [drla@postacert.istruzione.it](mailto:drla@postacert.istruzione.it) - E-MAIL: [direzione-lazio@istruzione.it](mailto:direzione-lazio@istruzione.it)

C.F. 97248840585

- a) i dati anagrafici - compreso il domicilio - e il codice fiscale del richiedente;
- b) il rapporto di parentela esistente tra il richiedente e il dipendente o cessato dal servizio;
- c) il ruolo di appartenenza del dipendente o del cessato dal servizio;
- d) La composizione del nucleo familiare alla data in cui si è verificato l'evento (come definito dall'art. 3 del D.P.C.M. 159/2013);
- e) L'ammontare delle spese sostenute e documentate;
- f) Il reddito risultante dalla DSU (Dichiarazione Sostitutiva Unica) riportante l'I.S.E.E. per l'anno 2018;
- g) Il codice IBAN relativo al conto corrente bancario o postale sul quale accreditare l'eventuale somma da erogare.

Nella domanda va altresì dichiarata l'insussistenza di analoghe richieste inoltrate per lo stesso evento da parte del dipendente o di un altro familiare ad altre Amministrazioni, Enti, Società od Associazioni.

Le dichiarazioni rese e sottoscritte nella domanda hanno valore di autocertificazione. Qualora dal controllo dovesse emergere la non veridicità del loro contenuto il dichiarante decadrà dai benefici eventualmente conseguiti ed incorrerà nelle sanzioni penali previste dalla normativa vigente.



*Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca*

*Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio*

*Direzione Generale*

*Viale Giorgio Ribotta 41/43 - 00144 Roma*

Indirizzo PEC: [drla@postacert.istruzione.it](mailto:drla@postacert.istruzione.it) - E-MAIL: [direzione-lazio@istruzione.it](mailto:direzione-lazio@istruzione.it)

C.F. 97248840585

#### Art. 6

##### Documentazione

Alla domanda va allegata la seguente documentazione in carta semplice:

- 1) copia della Dichiarazione Sostitutiva Unica riferita ai componenti il nucleo familiare del richiedente (come definito dall'art. 3 del D.P.C.M. 159/2013);
- 2) copia del modello I.S.E.E. relativo all'anno 2018.
- 3) gli originali, o le copie dichiarate conformi sotto la propria responsabilità, dei documenti giustificativi della spesa sostenuta;
- 4) limitatamente ai casi di cui all'Art. 4 punto 2, le certificazioni mediche comprovanti la gravità della patologia;
- 5) copia fotostatica del documento di identità e codice fiscale del richiedente.

In caso di decesso dei soggetti di cui all'Art. 4 alla domanda devono essere altresì allegati:

- 1) copia o dichiarazione sostitutiva del certificato di morte del dipendente, del cessato dal servizio o del familiare;
- 2) autocertificazione dello stato di famiglia **alla data del decesso del dipendente o del familiare convivente.**

#### Art. 7

##### Modalità di erogazione

1. La Commissione costituita presso questo Ufficio Scolastico Regionale per la valutazione delle domande di sussidio predetermina eventuali criteri di dettaglio per gli interventi assistenziali.



*Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca*

*Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio*

*Direzione Generale*

*Viale Giorgio Ribotta 41/43 - 00144 Roma*

Indirizzo PEC: [drla@postacert.istruzione.it](mailto:drla@postacert.istruzione.it) - E-MAIL: [direzione-lazio@istruzione.it](mailto:direzione-lazio@istruzione.it)

C.F. 97248840585

2. In caso di inadeguatezza della somma disponibile rispetto all'entità dei bisogni rappresentati potrà farsi ricorso, a giudizio della Commissione, ad una riduzione proporzionale per un'equa distribuzione dei sussidi considerati.
3. La Commissione prende in esame le domande istruite e trasmesse dagli Uffici scolastici di ambito territoriale o dalle Istituzioni scolastiche, formula al Direttore Generale una proposta di sussidio, nei limiti della disponibilità finanziaria, indica gli estremi anagrafici degli istanti ammessi ai benefici e la misura dell'intervento assistenziale.
4. L'Ufficio Risorse Finanziarie di questo Ufficio Scolastico Regionale provvederà, a conclusione dei lavori della Commissione e sulla base dell'atto di liquidazione firmato dal Direttore Generale, all'ordinazione della spesa medesima con imputazione sul capitolo di bilancio 2115/1.

Art. 8

Pubblicazione

Il presente decreto con i relativi allegati è trasmesso ai Dirigenti degli Ambiti Territoriali e delle Istituzioni Scolastiche della Regione che ne assicureranno la massima diffusione tra il personale in servizio e pubblicato sul sito internet di questo Ufficio Scolastico Regionale e delle Istituzioni scolastiche.

IL DIRETTORE GENERALE

Gildo De Angelis

MODELLO di domanda di Provvidenze

Al Direttore Generale  
dell'Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio  
Ufficio del Personale  
Viale Giorgio Ribotta n. 41  
00144 Roma

**RICHIESTA DI SUSSIDI PER L'ANNO 2018**

Il/La .....  
nat... a ..... il ..... residente  
in ..... Prov.....  
Via ..... n° ..... Cap. ....  
e domiciliat\_ in (indicare se diverso dalla residenza) ..... Prov.....  
Via ..... n° ..... Cap. ....  
Codice Fiscale .....

**C H I E D E**

ai sensi del D.D.G. n. ....del .....dell'Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio,  
l'assegnazione di un sussidio per (contrassegnare con una X l'opzione di interesse):

- decesso di ..... Rapporto di parentela<sup>1</sup> .....
- malattie ed interventi chirurgici di particolare gravità a carico dei seguenti componenti del nucleo familiare:  
.....:..... Rapporto di parentela<sup>2</sup> .....
- ..... Rapporto di parentela .....

**A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità** (contrassegnare con una X l'opzione di interesse):

- di essere dipendente del MIUR con contratto a tempo indeterminato in servizio presso:  
.....  
.....  
con la qualifica di .....
- di essere stato/a dipendente del MIUR con contratto a tempo indeterminato in servizio presso:  
.....  
con la qualifica di .....  
e di essere cessato dal servizio in data; .....
- di essere familiare di .....

<sup>1</sup> Specificare se la persona deceduta era: coniuge, figlio, padre/madre, fratello/sorella, suocero/suocera, purché appartenenti allo stesso nucleo familiare; persone costituenti con il dipendente nucleo familiare anagrafico, purché conviventi.

<sup>2</sup> Specificare il rapporto di parentela: coniuge, figlio, padre/madre, fratello/sorella, suocero/suocera, purché appartenenti allo stesso nucleo familiare; persone costituenti con il dipendente nucleo familiare anagrafico, purché conviventi.



il/la quale era già dipendente del MIUR (con contratto a tempo indeterminato) in servizio presso .....  
con la qualifica di ..... fino al .....

che il nucleo familiare di cui fa parte, **alla data dell'evento**, era così composto:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

che la richiesta di sussidio per "Decesso" riguarda il familiare: .....  
deceduto il ..... a ..... Prov. ....  
e che la spesa sostenuta per il decesso, nell'anno **2018**, ammonta ad € .....

che la richiesta di sussidio per "Malattie ed interventi chirurgici di particolare gravità" riguarda:  
 me medesimo  
 il familiare .....  
che le spese per cure mediche e di degenza, sostenute relativamente ad un'unica patologia  
nell'anno **2018**, ammontano ad € ..... e, quindi, sono uguali/superiori alla  
spesa minima fissata in € 3.500.00.

Il/La sottoscritt\_ **dichiara espressamente** che non sussistono, né da parte sua né da parte di altri  
familiari, analoghe richieste inoltrate per gli stessi eventi ad altre Amministrazioni, Enti, Società,  
Assicurazioni.

**Allega:**

1. Copia conforme della dichiarazione sostitutiva unica riferita ai componenti il nucleo familiare (come definito all'art. 3 del D.P.C.M. 159/2013) del richiedente e **relativa all'anno 2018**, corredata degli attestati I.S.E. e I.S.E.E. sempre **relativi all'anno 2018**;
2. Fotocopia del codice fiscale e del documento di identità:

Se la richiesta di sussidio è relativa a (contrassegnare con una X l'opzione di interesse):

"**Decesso**", **allega anche:**

- a. originali o copie conformi all'originale della documentazione giustificativa di spesa;
- b. copia o autocertificazione del certificato di morte del dipendente, del cessato o del familiare;
- c. copia o autocertificazione dello stato di famiglia **alla data del decesso, cioè riferita al 2018**, del dipendente o del familiare.

"**Malattie ed interventi chirurgici di particolare gravità**", **allega anche:**

- a. Originali o copie conformi all'originali della documentazione giustificativa di spesa e di quella attestante la patologia diagnosticata di particolare gravità.  
Documentazione di seguito elencata:

.....  
 .....  
 .....

Il/La sottoscritt\_ chiede che il sussidio eventualmente concesso venga accreditato su:

conto corrente bancario n° ..... intestato al\_ sottoscritto/a  
 BANCA ..... Agenzia di .....

**Codice IBAN:**

I	T																																
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

conto corrente postale n° ..... intestato al\_ sottoscritto/a  
 UFFICIO POSTALE di .....

**Codice IBAN:**

I	T																																
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Il/La sottoscritt\_, consapevole delle sanzioni, civili e penali, nelle quali incorre in caso di dichiarazione mendace, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, conferma espressamente che tutte le dichiarazioni rese nel presente modulo corrispondono al vero.

E' altresì consapevole che l'Amministrazione può effettuare verifiche sulla veridicità delle dichiarazioni rilasciate nel presente modulo e richiedere agli Enti interessati direttamente la documentazione ai sensi dell'art. 15 della L. n. 183/2011.

Il/La sottoscritt\_ **autorizza** il trattamento dei dati personali e sensibili esclusivamente ai fini dell'erogazione del beneficio richiesto, ai sensi del Regolamento UE 679/2016.

Per eventuali comunicazioni:

n. telefono .....

posta elettronica .....

\_\_\_\_\_  
 Luogo e data

Firma del richiedente  
 \_\_\_\_\_

Si allega modello per dichiarazioni sostitutive.