

# DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 28

Barcellona Pozzo di Gotto (Capofila) – Basicò – Castoreale – Falcone  
Fondachelli Fantina – Fumari – Mazzarrà S.A. – Merì – Montalbano Elicona  
Novara di Sicilia – Rodì Milici – Terme Vigliatore – Tripi

## AVVISO PUBBLICO

(Decreti Assessorato Regionale della Famiglia e delle Politiche Sociali n° 899/12 e n° 384/15)

### SOSTEGNO ECONOMICO IN FAVORE DEL FAMILIARE DI PERSONE AFFETTE DA SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA (SLA)

DESTINATARI DELL'INTERVENTO	MODALITA' DI PRESENTAZIONE
Familiare che si prende cura (CARE-GIVER) della persona affetta da SLA svolgendo una funzione di assistenza diretta alla persona	L'istanza per ottenere il sostegno economico deve essere presentata dal familiare del soggetto affetto da SLA presso il Comune di residenza entro: - il 30/03/2016 per il semestre gennaio-giugno - il 30/09/2016 per il semestre luglio-dicembre L'istanza deve essere corredata dalla seguente documentazione: 1) certificazione del medico curante che ne attesti la diagnosi; 2) certificazione dei Centri di Riferimento Regionale che documenti la diagnosi e certifichi lo stato della malattia; 3) autocertificazione sullo stato di famiglia; 4) copia di un documento di riconoscimento in corso di validità.
MISURA DELL'INTERVENTO	

La modulistica necessaria è reperibile sia c/o l'Ufficio Servizi Sociali - Segretariato Sociale sia sul sito istituzionale del proprio Comune

IL SINDACO

Dr. Girolamo Bertolami

II PRESIDENTE DEL COMITATO DEI SINDACI

Dr. Felice Borghese

**Oggetto:** Richiesta Sostegno Economico volto al riconoscimento del lavoro di cura del familiare-caregiver ai sensi del D.A. n°899/12 e D.A.n°384/15

Il/ La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_  
C. F. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_,

in qualità di:

- Genitore
- Altro familiare (specificare \_\_\_\_\_ )

del/la Sig./Sig.ra (cognome e nome) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_,

che risulta affetto da SLA

**CHIEDE**

la concessione dell'assegno di sostegno, previsto dal D.A.899/2012, volto al riconoscimento del lavoro di cura del familiare-caregiver, in sostituzione di altre figure professionali.

Al tal fine, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del d.P.R. 28.12.2000 n.445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi, ai sensi degli artt. 46 e 47 del medesimo DP.R. n. 445/2000,

**DICHIARA**

- che al familiare affetto da SLA, residente in SICILIA nel Comune di \_\_\_\_\_ vengono assicurate prestazioni di cure, assistenza ed aiuto alla persona in autonomia all'interno della famiglia,
- che il proprio nucleo familiare é così composto:

Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Relazione di parentela

Il sottoscritto dichiara inoltre:

- che nessun altro componente il proprio nucleo familiare ha inoltrato istanza per la concessione dell'assegno di sostegno
- di essere consapevole che, in caso di decesso dell'assistito, il beneficio decade dopo due mesi
- di essere consapevole che il beneficio decade in caso di dichiarazioni non veritiere punibili altresì ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Allega alla presente istanza:

- Certificazione rilasciata dal medico curante che ne attesti la diagnosi;
- Certificazione dei Centri di Riferimento Regionale che documenti la diagnosi e certifichi lo stato della malattia;
- **Copia di un valido documento di riconoscimento.**

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

Firma

\_\_\_\_\_

INFORMATIVA AI SENSI DEL D.LGS N° 196 /2003 "CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI"

Ai sensi del D.Lgs n° 196/2003, ed in relazione ai dati personali che la riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo che : *"Il trattamento è indispensabile ai fini dell'erogazione del servizio"*.

Preso atto dell'informativa di cui sopra ai sensi del Decreto Legislativo n°196/2003, il/la sottoscritto/a acconsente al trattamento dei dati personali ivi compresi quelli sensibili.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

( firma per esteso )