

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 28

Barcellona Pozzo di Gotto (Capofila) – Basicò – Castoreale – Falcone
Fondachelli Fantina – Furnari – Mazzarrà S.A. – Meri – Montalbano Elicona
Novara di Sicilia – Rodi 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
<p>Familiare che si prende cura (CARE-GIVER) della persona affetta da SLA svolgendo una funzione di assistenza diretta alla persona</p>	<p>L'istanza per ottenere il sostegno economico deve essere presentata dal familiare del soggetto affetto da SLA presso il Comune di residenza entro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il 30/03/2016 per il semestre gennaio-giugno - il 30/09/2016 per il semestre luglio.dicembre <p>L'istanza deve essere corredata dalla seguente documentazione:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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.
<p>MISURA DELL'INTERVENTO</p> <p>L'assegno di sostegno economico è fissato in € 400,00 mensili, compatibilmente con il numero degli aventi diritto e le risorse disponibili</p>	

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

IL SINDACO

f.to Dott. Roberto Materia

II PRESIDENTE DEL COMITATO DEI SINDACI

f.to Dott. 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 D.P.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)