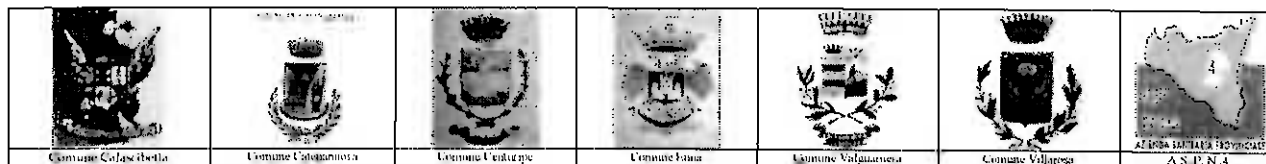


DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D22:



Doc. n. 738588 del 22/02/2016

Decreto Assessorato Regionale della Famiglia e delle Politiche sociali
n.384 del 24.02.2015

AVVISO PUBBLICO

PRESENTAZIONE ISTANZA PER IL SOSTEGNO ECONOMICO AL
FAMILIARE DI SOGGETTO AFFETTO DA
SLA (Sclerosi laterale amiotrofica)

scadenza inderogabile – 1 aprile 2016

DESTINATARI	MODALITÀ AMMISSIONE
<p>Il familiare che si prende cura dell'assistito, svolge funzione di assistenza diretta alla persona ed è coinvolto nella cura quotidiana dell'assistito</p>	<p>L'istanza per ottenere il sostegno economico deve essere presentata dal familiare del soggetto affetto da SLA, presso il Servizio Politiche Sociali, Via Roma n. 508</p>
FINALITÀ	All'istanza occorre allegare:
<p>Sostegno economico all'assistente familiare necessario per incrementare le risorse economiche destinate ad assicurare la continuità dell'assistenza alla Persona affetta da SLA</p>	<ul style="list-style-type: none">• certificazione rilasciata dal Medico curante che attesti la diagnosi;• certificazione dei Centri di riferimento regionali (Palermo, Messina, Catania e Mistretta) che documenti la diagnosi e certifichi lo stadio della malattia;• autocertificazione dello stato di famiglia

II PRESIDENTE DEL COMITATO DEI SINDACI
DEL DISTRETTO SOCIO SANITARIO D22

Dott. Maurizio Dipietro

Istanza di sostegno economico volto al riconoscimento del lavoro di cura del familiare-caregiver, ai sensi dell'Allegato al D.A. 384 del 24.02.2015

Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi dell'art. 47 del DPR 28.12.200, n. 445

Al Comune di _____
Ufficio di Servizio Sociale

Il sottoscritto nato a il
..... e residente in via/piazza n..... comune di
..... CAP Prov. Enna - tel. C.F.
.....

In qualità di:

- Genitore
 Altro familiare (specificare.....)

del/la Sig./Sig.ra Cognome e nome

nato a il e residente in.....

via/piazza..... n..... Comune di.....

CAP..... Prov..... telefono.....

che risulta affetto da SLA.

Chiede

La concessione dell'assegno di sostegno, previsto dal D.A. 384 del 24.2.2015, volto al riconoscimento del lavoro di cura del familiare-caregiver, in sostituzione di altre figure professionali, in quanto persona affetta da patologia sopra indicata.

Al fine del riconoscimento del contributo economico

Dichiara

Che al familiare affetto da SLA, residente nel Comune di _____, vengono assicurate prestazioni di cure, assistenza ed aiuto alla persona in relazione alle condizioni vissute in autonomia all'interno della famiglia.

Allega alla presente istanza:

- 1) Certificazione rilasciata dal medico curante che ne attesti la diagnosi;
- 2) Certificazione dei Centri di Riferimento Regionali che documentino la diagnosi e certifichino lo stadio della malattia;
- 3) Autocertificazione stato di famiglia.
- 4) IBAN del caregiver ai fini dell'accreditamento del contributo;

Il/la sottoscritto/a dichiara che nessun altro componente il proprio nucleo familiare ha inoltrato istanza per la concessione dell'assegno di sostegno e di essere consapevole che il beneficio decade dopo due mesi in caso di decesso e della decadenza per dichiarazioni rese non veritiere punibili ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Data

.....
firma