



## Distretto Socio Sanitario 39

(Altavilla Milicia - Bagheria - Casteldaccia - Ficarazzi - Santa Flavia)

Comune Capofila: Bagheria

### AVVISO PUBBLICO

D.A. n. 2201 del 07.08.2017

*Interventi in favore dei soggetti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA)*

Si rende noto che, ai sensi del D.A. n. 2201 del 07.08.2017, è possibile presentare la nuova richiesta di sostegno economico in favore di soggetti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) per l'anno 2017.

Il presente avviso è finalizzato alla concessione di sostegno economico in favore del familiare-caregiver di pazienti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), che sono nella fase iniziale o avanzata della patologia e che, comunque, **non percepiscono l'assegno di cura, di cui alla Legge Regionale n.4 del 01.03.2017 e s.m.i.**

Destinatari di questa agevolazione sono i soggetti che risiedono nel territorio siciliano, in possesso di una diagnosi definitiva SLA, che manifestano una grave compromissione dell'autonomia personale e necessitano di una assistenza continua.

L'istanza per ottenere il sostegno economico deve essere presentata dal Familiare che si prende cura della persona affetta da SLA e che svolge funzioni di assistenza diretta ed è coinvolto nella cura quotidiana del malato.

Il modello di istanza con autocertificazione dello stato di famiglia, ai sensi dell'art. 47 DPR 445/2000, da scaricare dal sito istituzionale dei cinque comuni distrettuali o da ritirare presso gli Uffici Socio-Assistenziali del Comune di residenza, deve essere corredato da:

-Copia fotostatica del documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del richiedente e dell'assistito;

-Certificazione rilasciata dal medico curante che ne attesti la diagnosi;

-Certificazione dei centri di riferimento regionali che documentino la diagnosi e certifichino lo stadio della malattia;

L'istanza, unitamente agli allegati, deve essere presentata all'Ufficio Servizi Socio-Assistenziali del Comune di residenza, entro il **20 settembre 2017**.

Farà fede il timbro dell'Ufficio Protocollo del Comune di residenza.

Il Sostegno economico sarà erogato con decorrenza 1 gennaio 2017 per tutti i pazienti affetti da SLA la cui patologia è stata certificata entro il 30/06/2017 e con decorrenza 1 luglio 2017 per tutti i pazienti affetti da SLA la cui patologia è stata certificata dal 01/07/2017, fino ad esaurimento delle somme destinate.

Per ulteriori informazioni e chiarimenti le famiglie interessate potranno rivolgarsi agli Uffici Servizi Sociali dei Comuni di residenza.

Ai sensi del DLgs. n. 196/03 i dati personali vengono raccolti e trattati per lo svolgimento delle funzioni istituzionali delle Amministrazioni e del Distretto Socio-Sanitario D39 e vengono trattati in modo lecito e corretto per un tempo non superiore a quello agli scopi per i quali verranno raccolti e trattati.

Si allega D.A. n. 2201 del 07/08/2017 e Allegato A) al D.A. contenente Avviso Pubblico.

Bagheria, 24 agosto 2017



Il Coordinatore del  
Distretto Socio Sanitario 39

Francesca dott. Lo Bte  
*Francesca Lo Bte*

**Istanza di sostegno economico volto al riconoscimento del lavoro di cura del familiare-caregiver, ai sensi dell'Allegato al D.A. 2201 del 07/08/2017**

Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi dell'art. 47 del DPR 28.12.2000, n. 445

Al Comune di \_\_\_\_\_  
Ufficio Servizi Sociali  
Via \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ (PA) via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

In qualità di:

Genitore

Altro familiare (specificare ) \_\_\_\_\_

del/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ (PA) via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

che risulta affetto/a da SLA.

**Chiede**

la concessione dell'assegno di sostegno previsto dal D.A. 2201 del 07/08/2017, 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

**Dichiara**

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

**-Che la famiglia convivente si compone di:**

Cognome e nome	Rapporto Familiare	Luogo e Data di nascita	Codice Fiscale

-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;

**-Di non usufruire del contributo economico per la disabilità gravissima, di cui alla L.R. n. 4 dell'1 marzo 2017;**

-Che è informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del DLgs. 30 giugno 2003 n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione è stata resa.

Per la liquidazione del contributo, laddove riconosciuto, si invita ad accreditare il relativo importo mediante Bonifico sul conto corrente intestato al richiedente :

IBAN : \_\_\_\_\_

Banca : \_\_\_\_\_ Agenzia di \_\_\_\_\_

**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) Fotocopia del documento di riconoscimento del sottoscrittore e dell'assistito in corso di validità.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_