



## DISTRETTO SOCIO -SANITARIO D3

**Comuni di Canicattì, Campobello di Licata, Camastra, Naro, Castrofilippo, Racalmuto, Grotte, Ravanusa**

Visto il Decreto assessoriale N. 2201 del 07/08/2017 dell'Assessorato Regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro, con il quale è stato emanato l'Avviso pubblico per la presentazione della richiesta del sostegno economico per i familiari che si prendono cura dei soggetti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA);

### SI RENDE NOTO

che è indetto l'Avviso per la presentazione di istanza per il sostegno economico al familiare di soggetto affetto da SLA

#### FINALITA'

Sostegno economico all'assistente familiare, necessario per incrementare le risorse economiche destinate ad assicurare la continuità dell'assistenza alla persona affetta da SLA.

#### DESTINATARI

I familiari caregiver dei pazienti affetti da SLA che sono nella fase iniziale ed avanzata della patologia e che comunque non usufruiscano dei benefici di cui alla legge regionale n. 4 del 1 marzo 2017 e s.m.i.

#### MODALITA' DI EROGAZIONE

Il sostegno economico erogato per l'anno 2017 sarà stabilito dall'Assessorato Regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro in base al numero dei soggetti aventi diritto e alle risorse disponibili.

Per tutti i pazienti affetti da SLA, la cui patologia è stata certificata entro il 30 giugno 2017, il trasferimento economico sarà erogato con validità 1 gennaio 2017. Per tutti i pazienti la cui patologia è stata certificata successivamente al 30 giugno, il trasferimento economico sarà erogato con validità dal 1 luglio 2017.

#### TERMINE DI SCADENZA DI PRESENTAZIONE DELLE ISTANZE.

L'istanza per ottenere il sostegno economico deve essere presentata dal familiare del soggetto affetto da SLA, presso il Protocollo Generale del Comune di residenza entro e non oltre il **20 settembre 2017**, termine perentorio, a pena di esclusione.

I modelli per la presentazione delle istanze sono disponibili presso l'Ufficio dei Servizi Sociali e sul sito istituzionale di ciascun Comune.

All'istanza occorre allegare:

- Certificazione rilasciata dal Medico curante che attesti la diagnosi;
- Certificazione dei Centri di riferimento regionali che documenti la diagnosi e certifichi lo stadio della malattia;
- Autocertificazione dello Stato di Famiglia;
- Copia documento di riconoscimento in corso di validità.

*Camastra, lì 14-09-2017*

L'ASSESSORE  
(Di Pasquali Sabrina)

IL SINDACO  
(Rag. Angelo Cascià)

**Oggetto: Istanza per il sostegno economico al familiare di persona affetta da sclerosi laterale amiotrofica (SLA)**

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà resa ai sensi degli artt.46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445

I sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_,

cellulare \_\_\_\_\_ eventuale indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

nella qualità di \_\_\_\_\_ (specificare rapporto di parentela rispetto al disabile), familiare caregiver della persona affetta da SLA;

Visto l'avviso pubblico del 13/09/2017;

**CHIEDE**

Di essere ammesso/a all'erogazione del sostegno economico mensile previsto dal D.A. Regione Sicilia n. 2201 dell'07/08/2017.

A tale fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e dalle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA** di avere preso visione dell'avviso pubblico, di accettare tutte le condizioni in esso previste e di avere tutti i requisiti di ammissibilità richiesti; di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_, in Via \_\_\_\_\_ Che nel proprio nucleo familiare, come appresso riportato, convive legato da vincolo familiare il disabile grave affetto da SLA :

Sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, e

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_;

 che il proprio nucleo familiare ivi compreso il familiare da assistere risulta così composto:

|  | Cognome e Nome | Luogo di nascita | Data di nascita | Grado di parentela |
|--|----------------|------------------|-----------------|--------------------|
|  |                |                  |                 |                    |
|  |                |                  |                 |                    |
|  |                |                  |                 |                    |

 nel caso di accoglimento della domanda il/la sottoscritto/a sceglie la seguente modalità di erogazione del beneficio economico:

accredito in c/c bancario o postale \_\_\_\_\_ (indicare l'Istituto Bancario o l'ufficio postale)

Agenzia: \_\_\_\_\_ intestato a: \_\_\_\_\_

ABI \_\_\_\_\_ CAB \_\_\_\_\_ IBAN \_\_\_\_\_

Allega alla presente:

1. Certificazione rilasciata dal medico curante che ne attesti la diagnosi;

2. Certificazione dei Centri di riferimento regionali che documenti la diagnosi e certifichi lo stadio della malattia.

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

**Firma del richiedente**

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere consapevole della decadenza dai benefici conseguiti in seguito all'accertamento di dichiarazioni non veritiere e di essere altresì consapevole che i fatti e gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia.

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

**Firma del richiedente**

Il/la sottoscritto/a, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30.6.2003, n. 196 T.U, autorizza il trattamento dei dati

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

**Firma del richiedente**