

DISTRETTO SOCIO SANITARIO D/21 AGIRA

Comuni di Agira Assoro Leonforte Nissoria Regalbuto
ASP n. 4 – Distretto di Agira

Prot. n.

16206

del

23/08/2017

Visto il D.A. n. 2201 del 07 agosto 2017 - Avviso pubblico interventi in favore di pazienti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) si sostituisce il Si Rende Noto, prot. n. 15074 del 07/08/2017, emesso dal Distretto Socio-Sanitario D/21 con il seguente:

AVVISO PUBBLICO

Avviso pubblico per la presentazione delle richieste per il sostegno economico a favore del familiare caregiver dei pazienti affetti da SLA.

Finalità ed obiettivi

Il sostegno economico è rivolto al familiare caregiver dei pazienti affetti da SLA che si trovano in fase iniziale o avanzata del decorso della malattia e che comunque **non usufruiscano dei benefici di cui alla legge regionale n. 4 dell'1 marzo 2017.**

Sostegno economico per i soggetti affetti da SLA

Il caregiver è il referente familiare che si prende cura per più tempo dell'assistito, svolge una funzione di assistenza diretta alla persona, è coinvolto nella cura quotidiana dell'assistito. I pazienti dipendono fortemente dai loro caregiver senza i quali non potrebbero svolgere le minime attività di cura del proprio corpo come nutrirsi, lavarsi, cambiarsi, mettersi a letto, alzarsi, muoversi.

Il sostegno economico al caregiver familiare, è necessario per incrementare le risorse economiche destinate ad assicurare la continuità dell'assistenza alla persona affetta da SLA.

L'assegno di sostegno economico sarà determinato compatibilmente con il numero degli aventi diritto e le risorse disponibili a valere sulle risorse dell'esercizio finanziario 2017.

Procedure

L'istanza per ottenere il sostegno economico deve essere presentata dal familiare del soggetto affetto da SLA, presso l'Ufficio Servizi Sociali del Comune di residenza entro il **20 settembre 2017**. Farà fede il timbro postale dell'ufficio protocollo del Comune di residenza, e deve essere corredata dalla seguente documentazione:

- certificazione rilasciata dal medico curante che ne attesti la diagnosi;
- certificazione dei Centri di Riferimento Regionali che documenti la diagnosi e certifichi lo stadio della malattia;
- stato di famiglia;

Ciascun Comune, verificata la documentazione presentata dovrà inoltrarla al Comune Capofila del Distretto Socio Sanitario D/21 che, entro 10 giorni successivi al termine di scadenza, farà pervenire al competente Assessorato Regionale gli elenchi approvati degli aventi diritto dei nuovi soggetti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA).

La Regione trasferirà ai Distretti Socio- Sanitari le somme destinate a finanziare l'assegno di sostegno per i caregiver degli ammalati di SLA, nell'ambito della disponibilità delle somme.

I Distretti accrediteranno le somme ai Comuni che erogheranno l'assegno al familiare caregiver, nel più breve tempo possibile.

Il sostegno economico decorrerà da gennaio 2017 e verrà erogato fino ad esaurimento delle somme..

Agira, li 23/08/2017



Il Coordinatore del Distretto
(Dott. R. Rugnone)

Al sig. Sindaco

Comune di _____

Oggetto: Istanza di sostegno economico volto al riconoscimento del lavoro di cura del familiare-caregiver, ai sensi del DA n.2201 del 07/08/2017

Il/la sottoscritt_ _____ nat_ il _____
a _____ residente in via _____ comune
di _____ tel. _____
in qualità di :
☐ genitore
☐ altro componente (specificare) _____
del sig.(cognome e nome) _____ nato a _____
il _____ e residente in _____ via _____
che risulta affetto da SLA

chiede

la concessione dell'assegno di sostegno, previsto dal decreto assessoriale DA n.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 del riconoscimento del contributo economico

Dichiara

ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000

- che al familiare affetto da SLA residente in Sicilia, nel Comune di _____ vengono assicurate prestazioni di cura, assistenza ed aiuto alla persona in relazione alle condizioni vissute in autonomia nell'interno della famiglia
- che non si usufruisce dei benefici di cui alla L.R. n.4/2017.

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. Stato di famiglia
4. Copia documento di identità

Il sottoscritto 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 ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Data _____

Firma _____