



DISTRETTO SOCIO SANITARIO D/21 AGIRA

COMUNE DI ASSORO
Protocollo n° 6946
del 12.08.2016

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

Prot. n. 13462

del 10 AGO, 2016

Visto il D.A n. 384 del 24/02/2015 che riapre i termini per la presentazione della richiesta del sostegno economico per i nuovi soggetti affetti da SLA.

SI RENDE NOTO

Sono riaperti i termini per le presentazioni delle richieste per il sostegno economico a favore del familiare-caregiver volto al riconoscimento del lavoro di cura del paziente affetto da SLA in sostituzioni di altre figure professionali.

Il caregiver è il referente familiare che si prende cura per più tempo dell'assistito svolgendo una funzione di assistenza diretta alla persona e prendendosi cura quotidiana dello stesso.

L'assegno di sostegno economico viene fissato in €. 400,00 mensili, compatibilmente con il numero degli aventi diritto e le risorse disponibili.

L'istanza per ottenere il sostegno economico di cui sopra, predisposta dal familiare del soggetto affetto da SLA su apposito modulo da ritirare presso l'ufficio di Solidarietà Sociale, deve essere presentata presso il protocollo del Comune di residenza improrogabilmente **entro e non oltre le ore 12.00 del 30/09/2016**.

Alla domanda dovrà essere allegata la seguente documentazione:

1. Certificazione rilasciata dal medico curante che ne attesti la diagnosi;
2. Certificazione del Centro di Riferimento Regionale che documenti la diagnosi e certifichi lo stadio della malattia;
3. Stato di famiglia.

Dalla Residenza Municipale, li

10 AGO, 2016



Il Dirigente Servizi Sociali
(Dott.ssa V. Scardilli)

Al sig. Sindaco

Comune di _____

Oggetto: Istanza di sostegno economico volto al riconoscimento del lavoro di cura del familiare-caregiver, ai sensi del D.A. n. 384 del 24/02/2015.

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 899/12 nonché del D.A. 384 del 24/02/2015 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

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.

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
