

AVVISO PUBBLICO

Decreto Assessorato Regionale della Famiglia e delle Politiche sociali n. 2201/7 agosto 2017

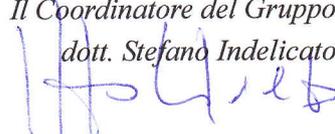
PRESENTAZIONE ISTANZA PER IL SOSTEGNO ECONOMICO AL FAMILIARE DI SOGGETTO AFFETTO DA SLA (SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA) che sono nella fase iniziale ed avanzata della patologia e che comunque non percepiscono l'assegno di cura di cui alla legge regionale n. 4 del 1 marzo 2017 e s.m.i (decreto Crocetta)

NOTA N. 28285 DEL 11/08/2017

FINALITA'	Concessione di assegno di sostegno economico volto al riconoscimento del lavoro di cura del familiare – caregiver degli ammalati di SLA, <u>che sono nella fase iniziale ed avanzata della patologia e che comunque non percepiscono l'assegno di cura di cui alla legge regionale n. 4 del 1 marzo 2017 e s.m.i (decreto Crocetta)</u>
DESTINATARI	Familiare che si prende cura del soggetto affetto da SLA, svolge funzione di assistenza diretta alla Persona ed è coinvolto nella cura quotidiana.
Procedura di ammissione	<ul style="list-style-type: none"> • Istanza su apposito modulo, da ritirare presso i Servizi Sociali del Comune di residenza, corredata da: • 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; • Autocertificazione dello stato di famiglia; • Fotocopia del documento di riconoscimento del sottoscrittore in corso di validità. • Dichiarazione del consenso del trattamento di dati sensibili. <p>Non saranno ammesse domande presentate oltre il termine né sarà possibile presentare documentazione rettificativa oltre lo stesso termine. L'assegno di sostegno economico viene fissato compatibilmente con il numero degli aventi diritto e le risorse disponibili da parte della Regione Il sostegno economico verrà erogato nel seguente modo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - per i pazienti la cui patologia è stata certificata entro il 30 giugno 2017, il trasferimento economico sarà erogato con validità 1 gennaio 2017; - per i pazienti la cui patologia è stata certificata dal 1 luglio 2017, il trasferimento economico sarà erogato con validità 1 luglio 2017.
Termine di presentazione	L'istanza unitamente agli allegati deve essere presentata, perentoriamente, <u>entro il 20/09/2017.</u> Comune di Modica: Servizi Sociali – Palazzo Campailla; Comune di Scicli: Servizi Sociali - C. so Mazzini, 5 Comune di Pozzallo: Servizi Sociali – Via Bellini, 8 Comune di Ispica: Servizi Sociali - Via Dell'Architettura.

MODICA 01/09/2017

Il Coordinatore del Gruppo Piano
dott. Stefano Indelicato



Al Comune di _____
Ufficio di Servizio Sociale

**Oggetto: Richiesta assegno di sostegno economico volto al riconoscimento
del lavoro di cura del familiare – caregiver degli ammalati di SLA.**

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

Il sottoscritto _____ nato a _____ il
_____ e residente in Via /Piazza _____ n. _____ Comune di
_____ CAP _____ Prov. _____ telefono _____

CHIEDE

La concessione dell'assegno di sostegno economico volto al riconoscimento del lavoro di cura del familiare – caregiver, in sostituzione di altre figure professionali, coinvolto nella cura quotidiana dell'assistito.

A tal fine

DICHIARA

- Che nel proprio nucleo familiare come appresso riportato è presente _____, familiare affetto da SLA che manifesta una grave compromissione dell'autonomia personale e necessita di una assistenza continua;
- Che il familiare per cui è richiesto il contributo è residente nel territorio Siciliano;
- Che il familiare per cui è richiesto il contributo è in possesso di una diagnosi definitiva di SLA, rilasciata dai Centri di Riferimento Regionali di Palermo, Messina, Catania e Mistretta.
- Che il familiare non percepisce l'assegno di cura di cui alla legge regionale n. 4 del 1 marzo 2017 e s.m.i (decreto Crocetta)

Autocertificazione dello stato di famiglia del beneficiario

	Cognome e Nome	rapporto familiare	nato a	il	conviv SI	conviv NO
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

Allega alla presente istanza:

- 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;
- Fotocopia del documento di riconoscimento del sottoscrittore in corso di validità.
- Codice IBAN di conto corrente per l'accredito del beneficio ove concesso.

Il sottoscritto dichiara che nessun altro componente il proprio nucleo familiare ha inoltrato istanza per la concessione dell'assegno di sostegno economico e di essere consapevole della decadenza del beneficio per dichiarazione rese non veritiere punibili ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Data _____

Firma

CONSENSO DA PARTE DELL'INTERESSATO AL TRATTAMENTO E ALLA DIFFUSIONE DEI DATI SENSIBILI

Il/La sottoscritto/a dopo essere stat___ informat___ ai sensi dell'art.13 del nuovo codice sulla privacy (D.Lgs 196 del 30 giugno 2003) e, in particolare dopo essere stat___ informat___ dei propri diritti nei confronti del trattamento dei dati sanitari e sulla vita sessuale se applicabile;

preso atto che i trattamenti verranno effettuati comunque nei limiti posti dalla legge inclusi i profili inerenti la salvaguardia della loro riservatezza;

ESPRIME

Il proprio consenso al trattamento dei dati personali che l___ riguardano ai fini strettamente necessari per le attività sanitarie correlate all'oggetto della prestazione ed il proprio consenso al trattamento dei propri dati ai fini statistici epidemiologici e di ricerca scientifica, ivi includendovi la comunicazione, diffusione e il trasferimento all'estero nei casi previsti dalla legge.

Data

Firma
