



# SOSTEGNO ECONOMICO PER I SOGGETTI AFFETTI DA SLA SCADENZA INDEROGABILE 30 MARZO 2016

## AVVISO PUBBLICO

L'Assessorato della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro, con Decreto n.384/serv.5 del 24.02.2015, acquisito al protocollo n.7570 del Comune Capofila in data 10/03/2015, rende noto che sono stati riaperti i termini per la presentazione delle richieste per il sostegno economico di cui all'art.1 punto b) dell'allegato al D.A. n.899/2012 con scadenza semestrale del 30 marzo 2016 per il semestre gennaio/giugno per i nuovi soggetti affetti da Sclerosi laterale Amiotrofica (SLA) che non hanno mai inoltrato istanza negli anni precedenti.

## MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELL'ISTANZA

Le richieste dovranno essere presentate dal familiare del soggetto affetto da SLA presso l'Ufficio Servizi Sociali del Comune di residenza, entro giorno 30 marzo 2016.

I documenti da allegare all'istanza sono i seguenti:

- Certificazione rilasciata dal medico curante che ne attesti la diagnosi;
- Certificazione dei Centri di Riferimento Regionali che documenta la diagnosi e certifica lo stadio della malattia;
- Stato di famiglia

## PER INFORMAZIONI RIVOLGERSI:

- **Comune di Noto** : Settore WII Welfare – Centro P.D.A. ( Persone diversamente abili) Via Vespucci, 30 – tel. 0931 576001 Dott. C.Greco e Centro Distrettuale di Cittadinanza tel. 574792-Dott.ssa E.Maurano
- **Comune di Avola** : Ufficio Servizi Sociali – Via Mazzini – tel.0931 583152 -
- **Comune di Pachino** : Ufficio Servizi Sociali – Segretariato Sociale – Via P. Nenni, 14 – tel. 0931 803512
- **Comune di Portopalo di C.P.** : Ufficio Servizi Sociali – Via Tasca, 59 – tel. 0931 848037
- **Comune di Rosolini** : Ufficio Servizi Sociali – Nuova Sede Via Tobruk – tel 0931 500680/500685

**Il Coordinatore  
del Gruppo Piano  
Dott. S.G.Serravalle**

**Il Presidente del  
Comitato dei Sindaci  
Dott. C.Bonfanti**

**Istanza di sostegno economico volto al riconoscimento del lavoro di cura del familiare-caregiver, ai sensi dell'Allegato al D.A. 899 dell'11-5-2012**

Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi dell'art. 47 del DPR 28.12.200, n. 445

Al Comune di \_\_\_\_\_  
Ufficio di Servizio Sociale

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e  
residente in via/ piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

In qualità di:

- Genitore
- Altro familiare (specificare.....)

del/la Sig./Sig.ra Cognome e nome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

Che risulta affetto da SLA.

Chiede

La concessione dell'assegno di sostegno, previsto dal D.A. 899 dell'11.05.2012, 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

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

Il/la sottoscritto/a 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 punibili ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

**OGGETTO:** Trasmissione elenco istanze al sostegno economico di cui al D.A. n. 899/2012

**Assessorato Regionale della Famiglia, delle  
Politiche Sociali e del Lavoro  
Dipartimento Famiglia e Politiche Sociali  
Servizio 5 – Anziani, Disabilità e Tossicodipendenza  
Via Trinacria n. 34  
PALERMO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, in qualità di \_\_\_\_\_  
del Distretto Socio-Sanitario \_\_\_\_\_, a seguito di avvenuta istruttoria, trasmette in  
allegato l'elenco delle istanze presentate dai richiedenti l'accesso al sostegno economico per i soggetti affetti da  
SLA ritenute ammissibili.

Data

FIRMA

---

**ELENCO ISTANZE DI SOSTEGNO ECONOMICO PER SOGGETTI AFFETTI DA SLA ASSISTITI DA FAMILIARI CAREGIVER**

<b>N. progr.</b>	<b>Cognome e Nome richiedente</b>	<b>Cognome e Nome assistito</b>	<b>Data di nascita assistito</b>

**Data**

**FIRMA**

---