



CITTA' DI TERMINI IMERESE

PROVINCIA DI PALERMO
DISTRETTO SOCIO SANITARIO D 37

Termini Imerese – Aliminusa – Caccamo – Caltavuturo – Cerda - Montemaggiore Belsito - Sciara –
Scillato – Sciafani Bagni – Trabia

AVVISO

Interventi in favore di soggetti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA)

IL PRESIDENTE DEL COMITATO DEI SINDACI

INFORMA

che a seguito del D.A. n. 2201 del 07/08/2017, la cittadinanza interessata, è invitata a presentare istanza di sostegno economico per i soggetti affetti da **Sclerosi Laterali Amiotrofica (SLA)**.

L'istanza di concessione del contributo, compilato su apposito modello da ritirare presso gli Uffici dei Servizi Sociali del comune di residenza, dovrà pervenire all'Ufficio nel **termine perentorio del 20 Settembre 2017**.

Sono destinatarie del sostegno economico, le famiglie residenti che mantengono ed accolgono soggetti affetti da Sclerosi Laterali Amiotrofica (SLA) debitamente certificata, purchè conviventi e legati da vincoli di parentela, ai quali garantiscono direttamente, o con impegno di altre persone esterne al nucleo familiare, prestazioni di assistenza e di aiuto personale.

Si precisa che la documentazione sanitaria da produrre è la seguente:

- 1) **Certificazione rilasciata dal medico curante che attesti la diagnosi;**
- 2) **Certificazione dei Centri di Riferimento Regionali che documenti la diagnosi e certifichi lo stadio della malattia;**
- 3) **Stato di Famiglia.**

Si avvisa che l'Assessorato, provvederà all'assegnazione dei contributi nell'ambito dello stanziamento disponibile ai Distretti richiedenti, e trasferirà agli stessi le somme assegnate.

Termini Imerese, 17/08/2017

IL PRESIDENTE DEL COMITATO DEI SINDACI
Vice Sindaco (Dott.ssa Licia Fullone)

Licia Fullone

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
