CITTÀ DI PATERNÒ - CAPOFILA

PATERNÒ *BELPASSO* *RAGALNA* *ASP - CATANIA*

DISTRETTO SOCIO SANITARIO 18

AVVISO PUBBLICO

Riapertura termini per sostegno economico volto al riconoscimento del lavoro di cura del familiare- caregiver di <u>nuovi soggetti</u> affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica (S.L.A.)

SI INFORMA :

Che con D.A n. 384 del 24.02.2015 sono stati riaperti i termini per la presentazione della richiesta del sostegno economico per i **nuovi soggetti** affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA).

L'istanza per ottenere il sostegno economico deve essere presentata dal familiare convivente che si prende cura del malato.

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALL'ISTANZA :

1) Certificazione rilasciata dal medico curante che ne attesti la diagnosi;
2) Certificazione dei Centri di riferimento Regionali che documenti la diagnosi e certifichi la stato della malattia;
3) Autocertificazione dello stato di famiglia con allegata fotocopia del documento di riconoscimento del soggetto che inoltra l'istanza.

TERMINI DI PRESENTAZIONE ISTANZA :

L' istanza da formulare secondo il modello da scaricare sul sito www.comune.paterno.ct.it , dovrà pervenire al protocollo generale del Comune Capofila Paterno' entro e non oltre il **30 Marzo 2016** per il primo semestre e al **30 Settembre 2016** per il secondo semestre.

Il contributo economico verrà concesso nei limiti delle risorse finanziarie complessivamente disponibili per tale finalità assegnate dalla Regione al Distretto.

Paterno' li, 20/01/2016

Il Coordinatore del Distretto
(Dott.ssa Concetta Conti)

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

_____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
DELLO STATO DI FAMIGLIA
(artt. 45 e 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Il _____ residente a _____ Prov. _____

Via _____ n. _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R 28/12/00 n . 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/00 n. 445; ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del citato D.P.R. 445/2000;
sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che la famiglia convivente si compone di:

Nome e cognome	Parentela/affinità/convivenza	Luogo e data di nascita

Il sottoscritto dichiara inoltre, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs.n.196 del 30 giugno 2003, di essere stato informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data

_____

Firma

_____

La presente dichiarazione sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. La firma non va autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato. In luogo dell'autenticazione della firma si allega copia fotostatica del documento di identità. La presente dichiarazione ha validità per 6 mesi (art. 41 D.P.R. 445/2000); se i documenti che sostituisce hanno validità maggiore ha la stessa validità di essi. Tale dichiarazione può essere trasmessa via fax o con strumenti telematici (art. 38 D.P.R. 445/2000). La mancata accettazione della presente dichiarazione costituisce violazione dei doveri d'ufficio (art. 74 comma 1 D.P.R. 445/2000). Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 445/2000.