

# **DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 14**

---

**Regione Siciliana**  
**Assessorato della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro**  
**Dipartimento Regionale della Famiglia e delle Politiche Sociali**

## **RIAPERTURA TERMINI PER LA PRESENTAZIONE DEL SOSTEGNO ECONOMICO FINALIZZATO AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLA VITA DEI SOGGETTI AFFETTI DA SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA (SLA)**

I destinatari dell'intervento sono i soggetti residenti nel territorio siciliano, in possesso di una diagnosi definitiva SLA che manifestano una grave compromissione dell'autonomia personale e necessitano di assistenza continua.

Il sostegno economico è volto al riconoscimento del lavoro di cura del familiare-caregiver che si prende cura per più tempo dell'assistito svolgendo una funzione di assistenza diretta alla persona.

Il sostegno economico al caregiver familiare è necessario per incrementare le risorse economiche destinate ad assicurare la continuità dell'assistenza alla persona affetta da SLA.

L'assegno di sostegno economico viene fissato in € 400,00 mensili, compatibilmente con il numero degli aventi diritto e le risorse disponibili, avrà decorrenza da luglio 2016 e verrà erogato fino ad esaurimento dei fondi.

L'istanza per ottenere il sostegno economico deve essere presentata dal familiare-caregiver del soggetto affetto da SLA presso l'Ufficio Servizi Sociali del Comune di residenza **entro il 30 settembre 2016** per il semestre luglio/dicembre dell'anno 2016 e deve essere corredata dalla seguente documentazione:

1. certificazione rilasciata dal medico curante che ne attesti la diagnosi;
2. certificazione dei Centri di Riferimento Regionale che documenti la diagnosi e certifichi lo stato della malattia;
3. stato di famiglia.

Per ulteriori informazioni gli interessati potranno rivolgersi, nei giorni di ricevimento del pubblico, agli Uffici del Servizio Sociale del Comune di residenza.

**IL PRESIDENTE  
DEL COMITATO DEI SINDACI  
Ing. Roberto Barbagallo**

**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

\_\_\_\_\_