

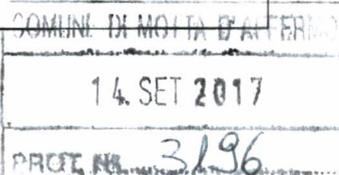
## DISTRETTO SOCIO – SANITARIO D/29

L. 8.11.2000 n. 328

(Comuni di Mistretta, Castel di Lucio, Motta d'Affermo, Pettineo, S.Stefano di Camastra,  
Tusa e Reitano)

### AVVISO PUBBLICO

#### Interventi in favore di pazienti affetti da SLA



Visto il decreto Ministeriale del 26/09/2016 con il quale sono state assegnate alla Regione Siciliana le risorse del Fondo per la non autosufficienza per l'anno 2016 pari ad €. 32.409.000,00;

Vista la Delibera di Giunta regionale n. 86 del 6 marzo 2017 con la quale è stato approvato il programma attuativo concernente la ripartizione delle risorse finanziarie affluite al Fondo per le non autosufficienze per l'anno 2016, e che destina la somma di €. 1.998.400,00 per interventi attraverso i Distretti Sociosanitari mediante l'erogazione di un sostegno economico a favore del familiare caregiver volto al riconoscimento del lavoro di cura del paziente affetto da Sclerosi Laterale Amiotrofica(SLA);

Visto il D.A. n. 2201/S5 del 07/08/2017 con il quale l'Assessorato Regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro, ha approvato l'Avviso pubblico per la presentazione delle richieste del sostegno economico per i familiari caregiver dei pazienti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA);

### SI RENDE NOTO

Che sono aperti i termini per la presentazione delle richieste del sostegno economico per i familiari caregiver dei **pazienti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica(SLA) che si trovano in fase iniziale o avanzata del decorso della malattia e che comunque non percepiscono l'assegno di cura di cui alla legge regionale n. 4 del 1 marzo 2017 e s.m.i.** –

Il sostegno economico erogato per l'anno 2017 sarà stabilito in base al numero dei soggetti aventi diritto ed in base alle risorse regionali disponibili a valere sul corrente esercizio finanziario e secondo le seguenti modalità:

- a) per tutti i pazienti affetti da SLA, la cui patologia è stata certificata entro il 30 giugno 2017, il trasferimento economico sarà erogato con validità dal 1 gennaio 2017;
- b) Per tutti i pazienti affetti da SLA, la cui patologia è stata certificata dal 1 Luglio 2017, il trasferimento economico sarà erogato con validità dal 1 luglio 2017.

L'istanza per ottenere il sostegno economico deve essere presentata dal familiare del soggetto affetto da SLA, presso l'Ufficio Servizi Sociali del Comune di residenza **entro e non oltre il 20 settembre 2017** (farà fede il timbro postale dell'Ufficio protocollo del Comune di residenza) e dovrà essere redatta su modello predisposto dall'Ufficio Piano. All'istanza va allegata la seguente documentazione:

- 1) Certificazione rilasciata dal medico curante che ne attesti la diagnosi;
- 2) Certificazione dei Centri di Riferimento Regionali che documenti la diagnosi e certifichi lo stadio della malattia;
- 3) Stato di famiglia;
- 4) Fotocopia documento di identità in corso di validità.

Per informazioni e ritiro modulistica rivolgersi direttamente agli Uffici Servizi Sociali dei Comuni di residenza o all'Ufficio Piano presso il Comune di Mistretta, Tel. 0921/381677 int.229 – Responsabile del procedimento D.ssa Angela Grillo.

Il presente avviso e la relativa domanda sono visibili sul sito dei Comuni del Distretto Mistretta, li 12/09/2017



Il Presidente del Comitato dei Sindaci  
(Avv. Liborio Porracciolo)

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

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ e residente in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Comune di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_, in qualità di \_\_\_\_\_ familiare  
caregiver del/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ e residente in via/piazza \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_, che risulta affetto da Sclerosi Laterale Amiotrofica

### Chiede

La concessione del sostegno economico previsto dal D.A. 2201/S5 del 07/08/2017 volto al riconoscimento del lavoro di cura del familiare-caregiver, necessario per assicurare la continuità dell'assistenza alla persona affetta da SLA in sostituzione di altre figure professionali.

A tal fine

### Dichiara

1. Che il familiare \_\_\_\_\_, affetto da SLA, si trova nella fase iniziale o avanzata del decorso della malattia, come da diagnosi certificata in data \_\_\_\_\_ dal Centro Regionale di Riferimento per la Sicilia di \_\_\_\_\_;
2. Che non percepisce l'assegno di cura di cui alla legge regionale n. 4 del 1 marzo 2017 e s.m.i.-
3. Che, in caso di accoglimento della domanda, il contributo spettante, venga accreditato sul conto corrente Bancario di seguito dichiarato \_\_\_\_\_, intestato a \_\_\_\_\_

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;
- 4) Fotocopia documento di identità in corso di validità.

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 della decadenza del beneficio per dichiarazioni rese non veritiere punibili ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Luogo e Data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_