



MUNICIPIO DELLA CITTA' DI PATTI

DISTRETTO SOCIO SANITARIO N.30

COMUNE CAFOFILA

(Patti - Brolo - Ficarra - Floresta - Gioiosa Marea - Librizzi - Montagnareale - Oliveri
Piraino - Raccuia - San Piero Patti - Sant'Angelo di Brolo - Sinagra - Ucria)

AVVISO PUBBLICO

Si comunica che con Decreto dell'Assessorato della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro N. 384 del 24.02.2015 sono stati riaperti i termini per la presentazione della richiesta del sostegno economico per i soggetti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) finalizzato al miglioramento della qualità della vita. Nell'ambito delle attività in favore di tali soggetti si inserisce il sostegno economico volto al riconoscimento del lavoro di cura del familiare - caregiver, in sostituzione di altre figure professionali, svolto in base al progetto personalizzato e opportunamente monitorato.

L'istanza per ottenere il sostegno economico deve essere presentata dal familiare - caregiver soggetto affetto da SLA presso l'Ufficio Servizi Sociali del Comune di residenza per il semestre gennaio/giugno 2016 è fissata per il 30 marzo 2016 per il semestre luglio/dicembre 2016 la scadenza è fissata al 30 settembre 2016 e deve essere corredata dalla seguente documentazione:

- Certificazione rilasciata dal medico curante che ne attesti la diagnosi;
- Certificazione dei Centri di Riferimento Regionale che documenti la diagnosi e certifichi lo stato della malattia;
- Dichiarazione sostitutiva di certificazione dello stato di famiglia (DPR 445/2000);
- Copia documento di riconoscimento in corso di validità;

Per ulteriori informazioni rivolgersi all'Ufficio dei Servizi Sociali del Comune di Patti.

Tel. 0941/246309 - 320 - 321.

Patti li, 16.02.2016

**Il Coordinatore Gruppo Piano
Distretto Socio Sanitario N. 30
F.to Bonina Agnello**

**Il Presidente del Comitato dei Sindaci
del Distretto Socio Sanitario N. 30
Sindaco del Comune Capofila Patti
F.to Giuseppe Mauro Aquino**





MUNICIPIO DELLA CITTA' DI PATTI

DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. 30

COMUNE CAPOFILA PATTI

(Patti - Brolo - Ficarra - Floresta - Gioiosa Marea - Librizzi - Montagnareale - Oliveri
Piraino - Raccuia - San Piero Patti - Sant'Angelo di Brolo - Sinagra - Ucria)

Prot. N. 2750

Patti li, 16.02.2016

Oggetto: Sostegno economico per soggetti affetti da SLA.

Trasmissione avviso pubblico.

Ai Responsabili
dei Servizi Sociali dei Comuni
del Distretto Socio Sanitario N. 30

e p.c. Ai Sigg.ri Sindaci
dei Comuni del Distretto
Socio Sanitario N. 30

Al Signor Sindaco
del Comune Capofila Patti
S E D E

Con riferimento al Decreto n. 384 del 24.02.2015 dell'Assessorato della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro, si trasmette l'avviso pubblico per la presentazione delle istanze per il sostegno economico dei soggetti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), per la pubblicazione.

Il termine di scadenza è il 30 marzo 2016.

Le domande presentate ai singoli Comuni, devono pervenire per la relativa istruttoria, al Comune Capofila del Distretto Socio Sanitario D30, che inoltrerà gli elenchi approvati degli aventi diritto all'Assessorato della Famiglia, per ottenere il finanziamento dell'intervento.

Confidando nella collaborazione si porgono cordiali saluti.




Coordinatore del Gruppo Piano
Distretto Socio Sanitario N.30
Dott.ssa Bonina Agnello

**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;
- 4) Fotocopia del documento di riconoscimento 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 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.

Luogo e Data _____

FIRMA
