



**COMUNE DI GIARDINELLO**  
Città Metropolitana di Palermo

Prot. n.ro. 9556

del

31 AGO. 2017

**AVVISO PUBBLICO**

**INTERVENTI IN FAVORE DI PAZIENTI AFFETTI DA SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA (SLA)**

Si informa la cittadinanza che la Regione Siciliana – Assessorato della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro- Dipartimento Regionale della Famiglia e delle Politiche Sociali Servizio 5° con D.A. n.ro 2201 del 07/08/2017 ha previsto un sostegno economico volto al riconoscimento del lavoro del familiare-caregiver dei pazienti affetti da SLA (Sclerosi Laterale Amiotrofica) che sono nella fase iniziale ed avanzata della patologia e che comunque non usufruiscono dei benefici di cui alla legge regionale n.ro 4 dell'1 marzo 2017.

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

Le richieste dovranno essere presentate dal familiare caregiver del soggetto affetto da SLA presso l'ufficio Servizi Sociali di questo Comune **entro il 20 settembre 2017**, e devono essere corredate dalla seguente documentazione:

- Certificazione rilasciata dal medico curante che ne attesti la diagnosi;
- Certificazione dei Centri di Riferimento Regionali che documenti la diagnosi e certifichi lo stato della malattia;
- Stato di famiglia.

Per successive informazioni rivolgersi all'Ufficio Servizi Sociali del Comune e sul sito dell'Assessorato Famiglia al seguente indirizzo:<http://lineediattività.dipartimento-famiglia-sicilia.it>



Il Responsabile del Settore Amministrativo  
e Servizi alla Persona  
(Ing. Giuseppe Polizzi)

**Istanza di sostegno economico volto al riconoscimento del lavoro di cura del familiare-caregiver, ai sensi del D.A. 2201 del 7.8.2017**

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. n. 2201 del 07/08/2017, 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) Copia del documento di riconoscimento in corso di validità e codice fiscale del richiedente e del familiare

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  
\_\_\_\_\_