



COMUNE DI BORGETTO

(Città Metropolitana di Palermo)

COMUNE DI BORGETTO OFFICIO SEGRETARIATO SOCIALE
PROTOCOLLO USCITA

N. 12625 DEL 24/09/2017.

AVVISO PUBBLICO

Si informa la cittadinanza che l' Assessorato della Famiglia, delle Politiche Sociali e Lavoro ha previsto un sostegno economico volto al riconoscimento del lavoro del familiare- caregiver, nella qualità di familiare che è coinvolto nella cura quotidiana del soggetto affetto da SLA con D.A. n. 2201/S5 del 07/08/2017, avente per oggetto "Avviso Pubblico per progetti finalizzati al miglioramento della vita dei soggetti affetti da sclerosi Laterale Miotrofica (SLA)".

Gli aventi diritto sono soggetti che non percepiscono l' assegno di cura di cui alla legge regionale n. 4 del 01/03/2017 e s.m.i..

L' erogazione di tale sostegno economico avverrà, a seguito d' istanza da parte del familiare- caregiver presso l' ufficio Servizi Sociali del comune di residenza entro le **ore 13,00 del 20 settembre '2017** (farà fede il timbro dell' ufficio protocollo del Comune di residenza), corredata della 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 stato della malattia;
3. Stato di famiglia.

Il sostegno economico decorrerà da gennaio 2017 e verrà erogato fino ad esaurimento delle somme così previsto dall' art. 3 Allegato A) al decreto Assessoriale.

Borgetto _____



Il Capo Area
Dott.ssa Maria Intravaia

Maria Intravaia

Istanza di sostegno economico volto al riconoscimento del lavoro di cura del familiare-caregiver, ai sensi dell'Allegato al D.A. 2201 dell'27/08/2017

Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi dell'art. 47 del DPR 28.12.200, n. 445

Al Comune di _____
Ufficio di Servizio alla Persona

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. 2201 dell'27/08/2017, 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.

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
