

**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

\_\_\_\_\_

OGGETTO: Trasmissione elenco istanze al sostegno economico di cui al D.A. n. 899/2012

Assessorato Regionale della Famiglia, delle  
Politiche Sociali e del Lavoro  
Dipartimento Famiglia e Politiche Sociali  
Servizio 5 – Anziani, Disabilità e Tossicodipendenza  
Via Trinacria n. 34  
PALERMO

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, in qualità di \_\_\_\_\_

del Distretto Socio-Sanitario \_\_\_\_\_, a seguito di avvenuta istruttoria, trasmette in allegato l'elenco delle istanze presentate dai richiedenti l'accesso al sostegno economico per i soggetti affetti da SLA ritenute ammissibili.

Data

FIRMA

\_\_\_\_\_

ELENCO ISTANZE DI SOSTEGNO ECONOMICO PER SOGGETTI AFFETTI DA SLA ASSISTITI DA FAMILIARI CAREGIVER

N. progr.	Cognome e Nome richiedente	Cognome e Nome assistito	Data di nascita assistito

Data

FIRMA

---