



Comune di Vittoria



Comune di Comiso



Comune di Acate



ASP Ragusa

DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. 43

AVVISO PUBBLICO

AVVISO PER LA PRESENTAZIONE DELLE RICHIESTE PER IL SOSTEGNO ECONOMICO PER I SOGGETTI AFFETTI DA SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA (SLA)

Si rende noto che sono stati riaperti i termini per la presentazione della richiesta del sostegno economico per i nuovi soggetti affetti da SLA (D.A. n. 2201 Serv. 5 del 07/08/2017).

Art. 1

Finalità ed obiettivi

In sede di incontro del Tavolo Tecnico SLA del 5 giugno 2017 si è concordato di destinare le risorse del FNA 2015 e 2016 relative al sostegno economico a favore del familiare-caregiver dei pazienti affetti da SLA, ai soggetti affetti da questa patologia che si trovano in fase iniziale o avanzata del decorso della malattia e che comunque non usufruiscono dei benefici di cui alla legge regionale n. 4 dell' 1 marzo 2017.

Art. 2

Sostegno economico per i soggetti affetti da SLA

Il caregiver è il referente familiare che si prende cura per più tempo dell'assistito, svolge una funzione di assistenza diretta alla persona, è coinvolto nella cura quotidiana dell'assistito. I pazienti dipendono fortemente dai loro caregiver senza i quali non potrebbero svolgere le minime attività di cura del proprio corpo come nutrirsi, lavarsi, cambiarsi, mettersi a letto, alzarsi, muoversi.

Il sostegno economico al caregiver familiare, è necessario per incrementare le risorse economiche destinate ad assicurare la continuità dell'assistenza alla persona affetta da SLA.

L'assegno di sostegno economico sarà determinato compatibilmente con il numero degli aventi diritto e le risorse disponibili a valere sulle risorse dell'esercizio finanziario 2017.

Art. 3

Procedure

L'istanza per ottenere il sostegno economico di cui all'art. 1 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 deve essere corredata dalla 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. **autocertificazione sullo stato di famiglia;**

Ciascun Comune, verificata la documentazione presentata dovrà inoltrarla al Distretto Socio Sanitaria capofila.

Entro 10 giorni successivi al termine di scadenza, i Distretti Socio Sanitari capofila dovranno fare pervenire all'Assessorato Regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro – Dipartimento Famiglia e Politiche Sociali – a firma del Dirigente responsabile del Settore Servizi Sociali, gli elenchi approvati degli aventi diritto dei nuovi soggetti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA).

La Regione trasferirà ai Distretti Socio Sanitari le somme destinate a finanziare l'assegno di sostegno per i caregiver degli ammalati di SLA, nell'ambito della disponibilità delle somme.

I Distretti accrediteranno le somme ai Comuni che erogheranno l'assegno al familiare caregiver, nel più breve tempo possibile.

Il sostegno economico decorrerà da gennaio 2017 e verrà erogato fino ad esaurimento delle somme.

Per ulteriori informazioni rivolgersi agli Uffici Servizi Sociali dei Comuni di Vittoria - Comiso e Acate

Il presente avviso è consultabile sulla home page del sito del Comune di Vittoria www.comunevittoria.gov.it e sul sito di ogni Comune del Distretto Socio Sanitario D43.

Vittoria, 31/08/2017


Il Coordinatore Gruppo Piano
Dott. Salvatore Guadagnino

ISTANZA DI SOSTEGNO ECONOMICO PER I SOGGETTI AFFETTI DA SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA (SLA)

Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi dell'art. 47 del DPR 28/12/2000 n. 445

Alla Direzione Politiche Socio Assistenziali

Comune di

Il sottoscritto/a _____,
nato/a a _____ il _____
residente in _____ CAP _____ via _____
n. _____, C.F. _____ Tel. _____
cell. _____ nella qualità di _____

(specificare rapporto di parentela rispetto al disabile), familiare caregiver della persona affetta da SLA

Sig./ra _____
nato/a _____ il _____
residente in _____ CAP _____ via _____
n. _____

Visto l'avviso pubblico del 31/08/2017 con scadenza 20/09/2017

CHIEDE

La concessione dell'assegno di sostegno economico, previsto dal D.A. n. 2201/S5 del 07/08/2017, a favore del familiare-caregiver dei pazienti affetti da SLA, ai soggetti affetti da questa patologia che si trovano in fase iniziale o avanzata del decorso della malattia e che comunque non usufruiscono dei benefici di cui alla legge regionale n. 4 dell'01 marzo 2017.

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.
- Che lo stesso familiare non usufruisce dei benefici di cui alla legge regionale n. 4 dell'1 marzo 2017.

Nel caso di accoglimento della domanda il/la sottoscritto/a sceglie la seguente modalità di erogazione del beneficio economico:

accredito in c/c bancario o postale _____
(indicare l'Istituto Bancario o l'Ufficio postale)

Agenzia: _____

Intestato a: _____

ABI _____ CAB _____ IBAN _____

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) Autocertificazione sullo stato di famiglia;
- 4) Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente e dell'assistito in corso di validità;
- 5) Fotocopia Codice Fiscale o Tessera Sanitaria del richiedente.

 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
