



AVVISO PUBBLICO

**EROGAZIONE SOSTEGNO ECONOMICO AI SOGGETTI AFFETTI DA SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA(SLA)
SEMESTRE GENNAIO/GIUGNO**

IL PRESIDENTE DEL COMITATO DEI SINDACI

Visto il Decreto Assessoriale dell'11 Maggio 2012 n° 899/S5, l'Avviso Pubblico concernente progetti finalizzati al miglioramento della qualità della vita dei soggetti affetti da "Sclerosi Laterale Amiotrofica"(SLA) pubblicato sulla G.U.R.S. n.° 20 del 18.05.2012 con il quale è stato approvato e, in particolare l'art.1 punto b. che prevede un sostegno economico a favore del familiare - caregiver, volto al riconoscimento del lavoro di cura del paziente affetto da SLA in sostituzione di altre figure professionali.

Visto i DD. DD. n. 127 del 30/01/12 e n. 1875 dell' 01/10/12 con i quali è stato istituito il tavolo tecnico SLA ed il verbale del suddetto tavolo tecnico del 12/02/15.

Dato atto che con D.A. n. 384 del 24/02/15 è stata disposta la riapertura dei termini relativamente all'erogazione dell'assegno economico per i nuovi soggetti affetti da Sla con scadenza trimestrale al **30 Marzo, per il semestre gennaio/giugno ed al 30 Settembre per il semestre luglio/dicembre** di ogni anno e fino ad esaurimento dei fondi disponibili secondo le modalità di cui all'art. 1 punto b.) dell'allegato al D.A. n. 899/12;

Ritenuto, pertanto, dover procedere ad apposito avviso per la presentazione di nuove istanze relative al semestre **gennaio/giugno** in esecuzione del citato D.A. n. 384/15

Visto che il presente avviso si inserisce nell'ambito delle attività finanziate dal Fondo Nazionale per la non autosufficienza per la realizzazione di prestazioni, interventi e servizi assistenziali nell'ambito dell'offerta integrata di servizi socio-sanitari in favore di persone affette da sclerosi laterale amiotrofica;

RENDE NOTO

che sono riaperti i termini per la presentazione della richiesta del sostegno economico per i nuovi soggetti affetti da SLA (Sclerosi Laterale Amiotrofica). Nei limiti delle disponibilità finanziarie assegnate dalla Regione Sicilia. E' previsto un assegno economico di € 400,00 mensili a favore dei caregiver familiari che si prendono cura per più tempo dell'assistito affetto da SLA e svolgono una funzione di assistenza diretta alla persona nella cura quotidiana, compatibilmente con il numero degli aventi diritto

E' previsto un assegno economico di Euro 400,00 mensili a favore dei caregiver familiari che si prendono cura per più tempo dell'assistito affetto da SLA e svolgono una funzione di assistenza diretta alla persona nella cura quotidiana, compatibilmente con il numero degli aventi diritto e le risorse disponibili.

L'istanza per ottenere il sostegno economico deve essere presentata dal familiare (caregiver) del soggetto affetto da SLA per il semestre gennaio/giugno entro il 30 marzo del corrente anno;

I residenti nel territorio di Siracusa potranno presentare l'istanza presso gli uffici dell' **Assessorato Politiche Sociali, di Via Italia, 105** (vicino la Chiesa di S. Metodio);

I residenti appartenenti al Distretto 48 potranno presentare l'istanza ai Comuni di appartenenza. (Buccheri - Buscemi - Canicattini - Cassaro - Ferla - Floridia - Priolo - Palazzolo - Solarino - Sortino).

L'istanza dovrà essere corredata 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 stadio della malattia;**
- **Stato di famiglia ;**

L'Assessorato Regionale provvederà all'assegnazione dei contributi, nell'ambito dello stanziamento disponibile, ai Distretti socio-sanitari richiedenti e trasferirà agli stessi le somme assegnate.

La concessione del contributo è subordinata al finanziamento regionale.

**Il Presidente del Comitato dei Sindaci
Dr. Giancarlo Garozzo**

Comune Capofila
Via Italia, 105
96100 - Siracusa

Tel. 0931/781300 - fax 0931/783697

DISTRETTO SOCIO SANITARIO D 48

Al comune di _____

Il /la sottoscritt _____ nat a _____ il _____

e residente in _____ Via/Piazza _____ n.° _____

Comune di _____ cap. _____ Prov. _____ Tel. _____

Richiesta per erogazione Sostegno Economico a nuovi soggetti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica ai sensi del D.P.R. 899/S5 dell'11/05/2012 pubblicato su G.U.R.S. n. 20 del 18/05/2012 – riapertura termini, ai sensi del D.A. n. 384 del 24/02/2015.

dichiarazione sostitutiva resa ai sensi dell' art. 47 del D.P.R. 28/12/2000,n°445.

DICHIARA

Che nel proprio nucleo familiare, come appresso riportato è presente il/la sig./ra:

(cognome e nome) _____

Affetto/a da Sclerosi Laterale Amiotrofica, cui vengono assicurate prestazioni di cura, assistenza ed aiuto personale in relazione alle condizioni vissute di non autonomia, anche di natura sanitaria, con impegno ed oneri a totale carico della famiglia.

CHIEDE

L'erogazione dell'assegno economico di € 400,00 mensili a favore del sottoscritto, quale caregiver familiare (vincolo di parentela rispetto al disabile _____),

Composizione nucleo familiare

	Cognome e nome	Rapporto familiare	Luogo e data di nascita	Codice Fiscale	Conviv. Si	No
1						
2						
3						
4						
5						
6						

Allega alla presente istanza:

- *Certificazione attestante la diagnosi, rilasciata dal medico curante del familiare assistito.*
- *Certificazione dei Centri di Riferimento Regionali che documenti la diagnosi e certifichi lo stato di malattia.*
- *Coordinate Bancarie (denominazione Agenzia e IBAN).*
- *Stato di famiglia o Autocertificazione – ai sensi della legge n. 183 del 12/11/2011 (legge di stabilità).*
- *Numero telefonico di riferimento: _____*

Dichiarazione resa ai sensi della L. 675/96 e L. 445/00

Data _____

FIRMA
