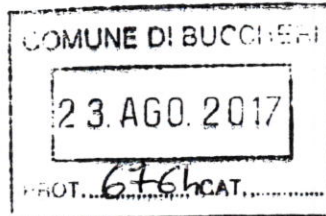




DISTRETTO SOCIO - SANITARIO D 48



AVVISO PUBBLICO

EROGAZIONE SOSTEGNO ECONOMICO AI SOGGETTI AFFETTI DA SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA (SLA)

IL PRESIDENTE DEL COMITATO DEI SINDACI

VISTO il Decreto Assessoriale del 07/08/2017 n 2201 che prevede 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 percepiscono l'assegno di cura di cui alla legge regionale n.4 del 01/03/2017 e s.m.i. ;

Visto che a seguito dell'applicazione della legge 4 del 01/03/2017 e dei DPRS n. 532/2017 e n. 545/2017 saranno individuati i soggetti disabili gravissimi tra cui anche i disabili gravissimi affetti da SLA a cui erogare l'assegno di cura ;

Visto il D.A. n. 117 dell'01/07/2015 con il quale è stata concordata la proposta che i malati di SLA in fase iniziale della malattia possono accedere al fondo loro dedicato (FNA) mentre i malati di SLA gravissimi possono accedere al Fondo Regionale alle condizioni previste per la disabilità gravissima di cui alla legge n. 4 /2017;

Considerato l'urgenza di procedere alla pubblicazione di idoneo avviso;

RENDE NOTO

Sono riaperti i termini per la presentazione della richiesta del sostegno economico per i familiari caregiver dei pazienti affetti da SLA ;

I soggetti aventi diritto al sostegno economico di cui al D.A. n. 2201/2017 sono i familiari caregiver dei pazienti affetti da SLA che sono nella fase iniziale ed avanzata della patologia e che comunque non percepiscono l'assegno di cura di cui alla legge regionale n. 4 del 01/03/2017 e s.m.i.;

Il sostegno economico per l'anno 2017 sarà stabilito in base al numero dei soggetti aventi diritto ed in base alle risorse disponibili a valere sul corrente esercizio finanziario e secondo le modalità di cui al successivo capoverso ;

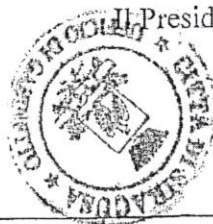
Il sostegno economico verrà erogato per tutti i pazienti la cui patologia è stata certificata entro il 30/06/2017 ed il relativo trasferimento economico sarà erogato con validità dal 01/01/2017. Per tutti i pazienti affetti da SLA , la cui patologia è stata certificata dal 01/07/2017, il trasferimento economico sarà erogato con validità dal 01/07/2017;

Le richieste andranno presentate dal familiare caregiver del soggetto affetto da SLA presso gli Uffici di Servizio Sociale del Comune di Residenza entro il 20 Settembre 2017. Farà fede il timbro dell'ufficio postale del Comune di Residenza ;

L'istanza 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 stadio della malattia;
- 3) Stato di Famiglia

Ciascun Comune, verificata la documentazione presentata dovrà fare pervenire gli elenchi approvati degli aventi diritto dei soggetti affetti da SLA distinti dalla decorrenza del primo e secondo semestre 2017, al Distretto Socio-Sanitario capofila che entro e non oltre il 5 Ottobre 2017 dovrà trasmettere all'Assessorato regionale della Famiglia , delle Politiche Sociali e del Lavoro - Dipartimento Famiglia .



Il Presidente del Comitato dei Sindaci
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
