

ENTRO IL 20-09-2017

Istanza di sostegno economico volto al riconoscimento del lavoro di cura del familiare-caregiver
ai sensi dell'allegato D. A. nr. 2201 del 07 agosto 2017

Al Comune di JOPPOLO GIANCAXIO
Ufficio di Servizio Sociale

Il/La sottoscritt... _____ nat.... a _____

il _____ e residente in Via/Piazza _____ nr _____

Comune di _____ CAP _____ Prov. _____ tel. _____

In qualità di:

- Genitore
- Altro familiare (specificare _____)

Del/la Sig./Sig.^{ra} Cognome e Nome _____

Nato a _____ il _____ e residente in _____

Via/Piazza _____ nr. _____ Comune di _____

CAP _____ Prov. _____ tel. _____ che risulta affetto da SLA

C H I E D E

La concessione dell'assegno di sostegno economico previsto dal D. A. nr. 2201 del 07/08/201, 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

D i c h i a r a

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 attesta la diagnosi;
- 2) Certificazione del Centro di Riferimento regionale che documenta la diagnosi e che certifica lo stato della malattia;
- 3) Stato di famiglia;

Il/la sottoscritt... dichiara che nessun altro componente del proprio nucleo familiare ha inoltrato analoga 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

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà

(art. 46 e 47 D.P.R. nr.455 del 28/12/2000)

Il/la sottoscritt _____ nat _____

il _____ a _____ e residente a

_____ in Via _____

nr. _____, C. F. _____, nella qualità di familiare-caregiver

del paziente affetto da SLA _____ nato a

_____ il _____ e residente a

_____ in Via _____,

consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni non corrispondenti al vero, secondo quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000

D I C H I A R A

Ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa di cui al D.P.R. 445/2000 , che il proprio familiare affetto da SLA non percepisce assegno di cura di cui alla legge regionale nr. 4 del 01/03/2017.

li _____

Firmato

Si allega copia del documento di riconoscimento in corso di validità