

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 GI'ANCAXIO
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 percepire 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