

Comune di Santo Stefano di Camastra

**A**

Prot. 0002677 del 20/03/2015

ore 13:15 Titolo: 2 Classe: 0



**COMUNE DI MISTRETTA CAPO FILA**  
**DISTRETTO SOCIO - SANITARIO N. 29**

**L. 8.11.2000 n. 328**

(Comuni di Mistretta, Castel di Lucio, Motta d'Affermo, Pettineo, S. Stefano di Camastra, Tusa e Reitano)

**AVVISO PUBBLICO**

**Riapertura dei termini per la presentazione delle istanze per ottenere, a favore dei nuovi soggetti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), il sostegno economico.**

Premesso che con D.A. n. 899/S5, pubblicato per estratto sulla G.U.R.S. n. 20 del 18/05/2012, l'Assessorato Regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro, ha approvato l'Avviso pubblico concernente progetti finalizzati al miglioramento della qualità della vita dei soggetti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), tra i quali s'inserisce, all'art. 1 punto b), il sostegno economico volto al riconoscimento del lavoro di cura del familiare-caregiver, in sostituzione di altre figure professionali. Il sostegno economico al caregiver familiare è un intervento atto ad incrementare le risorse economiche destinate ad assicurare la continuità dell'assistenza alla persona affetta da SLA. Che con D.A. n. 384/S5 del 24/02/2015 l'Assessorato Regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro nel procedere alla riprogrammazione delle risorse del F.N.A. 2011 ha destinato la somma di E. 2.404.076,00 solo per il sostegno economico, stabilendo la riapertura dei termini per la presentazione dell'istanza, fino ad esaurimento dei fondi, il cui pagamento avverrà con decorrenza da gennaio 2015.

**SI 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), fino ad esaurimento dei fondi, il cui pagamento avverrà con decorrenza da gennaio 2015.

La riapertura dei termini per l'erogazione dell'assegno economico viene fissata con scadenze semestrali, al 30 marzo per il semestre gennaio/giugno e al 30 settembre per il semestre luglio/dicembre di ogni anno e fino ad esaurimento dei fondi.

L'assegno di sostegno economico viene fissato in E. 400,00 mensili, compatibilmente con il numero degli aventi diritto e le risorse disponibili.

L'istanza per ottenere il sostegno economico deve essere presentata dal familiare del soggetto affetto da SLA, presso l'Ufficio Servizi Sociali del Comune di residenza entro il 30 marzo per il semestre gennaio/giugno e il 30 settembre per il semestre luglio/dicembre di ogni anno. Per l'anno in corso, la scadenza per la presentazione dell'istanza per il semestre gennaio/giugno 2015 è fissata al 30 marzo 2015 per il semestre luglio/dicembre 2015 la scadenza è fissata al 30 settembre 2015, 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 stadio della malattia;
- 3) Stato di famiglia;
- 4) Copia documento di riconoscimento in corso di validità.

Per informazioni e ritiro modulistica rivolgersi direttamente presso gli Uffici Servizio Sociale dei Comuni di residenza oppure all'Ufficio Piano presso il Comune di Milazzo. Tel. 094/581633

Procedimento D.ssa ANGELA GRILLO Responsabile del presente avviso e la relativa domanda sono consultabili e scaricabili sul sito internet [www.comune.milazzo.me.it](http://www.comune.milazzo.me.it)

Milazzo, li 20/03/2015



Il Coordinatore del Gruppo Piano  
[Signature]

Istanza di sostegno economico volto al riconoscimento del lavoro di cura del familiare-caregiver,  
ai sensi dell'Allegato al D.A. 899 dell'11-5-2012

Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi dell'art. 47 del DPR 28.12.200, n. 445

Al Comune di \_\_\_\_\_  
Ufficio di Servizio Sociale

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

In qualità di:

- Genitore  
 Altro familiare (specificare .....)

del/la Sig./Sig.ra Cognome e nome \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_  
via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

Che risulta affetto da SLA.

Chiede

La concessione dell'assegno di sostegno, previsto dal D.A. 899 dell'11.05.2012, 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

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.

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) Stato di famiglia.

Il/la 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.

Luogo e Data \_\_\_\_\_

FIRMA