

**Istanza di sostegno economico, per soggetti affetti da SLA, volto al riconoscimento del lavoro di cura del familiare-caregiver, ai sensi del D.A. n. 2201 del 7 agosto 2017 .**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ 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 D.A. n. 2201 del 07/08/2017 Avviso Pubblico Interventi a favore di pazienti affetti da SLA , 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**

- di non usufruire dei benefici di cui alle legge regionale n. 4 dell'1 marzo 2017;
- 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.

Nel caso di accoglimento della domanda il/la sottoscritto/a sceglie la seguente modalità di erogazione del beneficio economico:

**accredito in c/c bancario o postale**

(indicare l'Istituto Bancario o l'Ufficio postale)

**Agenzia:** \_\_\_\_\_

**Intestato a:** \_\_\_\_\_

**ABI** \_\_\_\_\_ **CAB** \_\_\_\_\_ **IBAN** \_\_\_\_\_

**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) Autocertificazione sullo stato di famiglia;
- 4) Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente e dell'assistito in corso di validità;
- 5) Fotocopia Codice Fiscale o Tessera Sanitaria del richiedente.

   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 per dichiarazioni rese non veritiere e punibili ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

**N.B. : Per i pazienti affetti da SLA, la cui patologia è stata certificata entro il 30/06/2017, il trasferimento economico sarà erogato con validità 01/01/2017, per i pazienti la cui patologia è stata certificata dal 01/07/2017 il trasferimento economico sarà erogato con validità 01/07 2017.**