



AVVISO PUBBLICO

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

**IL PRESIDENTE DEL COMITATO DEI SINDACI**

VISTO il Decreto Assessoriale dell'11 Maggio 2012 n° 899/S5 che approva l'Avviso Pubblico concernente progetti finalizzati al miglioramento della qualità della vita dei soggetti affetti da "Sclerosi Laterale Amiotrofica"(SLA) pubblicato sulla G.U.R.S. n.° 20 del 18.05.2012  
Visto che il presente avviso si inserisce nell'ambito delle attività finanziate dal Fondo Nazionale per la non autosufficienza per la realizzazione di prestazioni, interventi e servizi assistenziali nell'ambito dell'offerta integrata di servizi socio-sanitari in favore di persone affette da sclerosi laterale amiotrofica;  
Visto l'allegato al D.A. n.° 899/S5 art. 10 che dispone le modalità relative alla concessione del Sostegno Economico al caregiver familiare che si prende cura per più tempo dell'assistito;  
Visto il D.A n. 384 del 24/02/2015 con il quale sono stati riaperti per la presentazione della richiesta dell'assegno economico per i nuovi soggetti affetti da SLA, fino ad esaurimenti fondi;  
Visto il D.D. n.° 1502/S5 del 22/06/2016 concernente l'assegnazione delle risorse relative alla semestralità gennaio-giugno 2016 del sostegno economico per i pazienti affetti da SLA;  
Dovendo procedere con quanto stabilito dal D. A. n.° 384 del 24/02/2015 relativo alla riapertura termini per la presentazione del sostegno economico per il periodo luglio- settembre del corrente anno.  
Considerato l'urgenza di procedere alla pubblicazione di idoneo avviso;

**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)

E' previsto un assegno economico di Euro 400,00 mensili a favore dei caregiver familiari che si prendono cura per più tempo dell'assistito affetto da SLA e svolgono una funzione di assistenza diretta alla persona nella cura quotidiana, compatibilmente con il numero degli aventi diritto e le risorse disponibili.

L'istanza per ottenere il sostegno economico deve essere presentata dal familiare (caregiver) del soggetto affetto da SLA per il semestre luglio/dicembre entro il 20 settembre del corrente anno;

I residenti nel territorio di Siracusa potranno presentare l'istanza presso gli uffici dell'Assessorato Politiche Sociali, di Via Italia, 105 (vicino la Chiesa di S. Metodio);

I residenti appartenenti al Distretto 48 potranno presentare l'istanza ai Comuni di appartenenza. (Buccheri - Busemi - Canicattini - Cassaro - Ferla - Floridia - Priolo - Palazzolo - Solorino - Sortino).

L'istanza dovrà essere corredata dalla seguente documentazione :

- Certificazione rilasciata dal medico curante che ne attesti la diagnosi ;
- Certificazione dei Centri di Riferimento Regionali che documenta la diagnosi e certifichi lo stadio della malattia;
- Stato di famiglia ;

L'Assessorato Regionale provvederà all'assegnazione dei contributi, nell'ambito dello stanziamento disponibile, ai Distretti socio-sanitari richiedenti e trasferirà agli stessi le somme assegnate.

I distretti accrediteranno le somme ai comuni che erogheranno l'assegno mensilmente.

**Il Presidente del Comitato dei Sindaci  
Dr. 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*

---