

**Istanza di sostegno economico volto al riconoscimento del lavoro di cura del familiare-caregiver, ai sensi del D.A. n. 2201 del 07-08-2017**

Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 .12.2000, n. 445  
semestri gennaio/giugno - luglio/dicembre 2017

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

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_, familiare caregiver, in qualità di:

Genitore

Altro familiare (specificare .....)

del/laSig./sig.ra Cognome e nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, e residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n. \_ tel. \_\_\_\_\_

cell. \_\_\_\_\_

Che risulta affetto da SLA:(specificare) 1) in fase iniziale 2) fase avanzata.

**CHIEDE**

La concessione del sostegno economico previsto dal D.A. n. 2201 del 07-08-2017 volto al riconoscimento del lavoro di cura del familiare-caregiver dell'assistito, affetto da patologia sopra indicata e che comunque non usufrisce dei benefici dei cui alla legge regionale n. 4 dell'1 marzo 2017.

Al fine del riconoscimento del sostegno economico

Dichiara

Che all'assistito 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 nucleo familiare ha inoltrato istanza per la concessione del sostegno economico e di essere consapevole che il beneficio sarà determinato compatibilmente con il numero degli aventi diritto e le risorse disponibili a valere sulle risorse dell'esercizio finanziario 2017 del Dipartimento Regionale della Famiglia.

FIRMA \_\_\_\_\_

**Allega: documento di riconoscimento in corso di validità**