

Distretto Socio Sanitario n.31

Comune di Tortorici (Me)

Ufficio di Servizio Sociale

Al Comune di
TORTORICI

Domanda per erogazione contributo mensile alle famiglie con un componente affetto da SLA anno 2012 – Delibera di G.R. n. 75 del 12/03/2012 – Programma attuativo D.A. n.899/12.

Il / La sottoscritt _____

- familiare di soggetto affetto da SLA
- in quanto tutore della persona affetta da SLA con decreto del Tribunale n. _____
- in quanto curatore o amministratore di sostegno della persona affetta da SLA con decreto del Tribunale n. _____

C H I E D E

di essere ammesso/a all'erogazione del contributo mensile previsto dal D.A. n.899/12 a sostegno delle famiglie con un componente affetto da SLA.

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art.76 del DPR n.445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e dalle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di svolgere quotidianamente aiuto e supporto al proprio familiare affetto da SLA:

DATI RIFERITI AL SOGGETTO CON DIAGNOSI DI SLA

Cognome _____ Nome _____

nato a _____ Prov. _____ il _____

Codice Fiscale _____

Residente in _____ Via _____

Domiciliato in _____

Recapiti telefonici _____

DATI RIFERITI AL FAMILIARE CARE GIVER

Cognome _____ Nome _____

nato a _____ Prov. _____ il _____

Codice Fiscale _____

Residente in _____ Via _____

Domiciliato in _____

Recapiti telefonici _____

Grado di parentela _____

Tutore della persona affetta da SLA con decreto del Tribunale n. _____

Curatore e/o Amministratore di sostegno della persona affetta da SLA con decreto del Tribunale n. _____

_____ Indirizzo e-mail _____

- che la persona assistita si trova in situazione di grave fragilità per: la cura del sé, l'igiene personale, l'alimentazione, la respirazione e la mobilitazione o in una fase di attività sociale fortemente inibita;
- che la persona ammalata non è attualmente ricoverata a tempo indeterminato presso RSA, strutture riabilitative afferenti al sistema sanitario che socio-sanitario.

Dichiaro altresì:

- di essere a conoscenza che il Comune di Tortorici, ai sensi dell'art.71, DPR n.445/2000, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che l'eventuale riscontro di non veridicità di quanto dichiarato comporterà il decadimento del beneficio ottenuto e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle norme vigenti;
- nel caso di accoglimento della domanda il/la sottoscritt ___sceglie la seguente modalità di erogazione del beneficio economico:

accredito in c/c bancario o postale _____

Agenzia _____

intestato a _____

ABI _____ CAB _____ IBAN _____

ALLEGA

- Certificazione rilasciata dal medico curante che attesti la diagnosi;
- Certificazione dei Centri di Riferimento Regionali che documenti la diagnosi e certifichi lo stadio della malattia;
- Autocertificazione stato di famiglia;
- Fotocopia del documento d'identità in corso di validità del richiedente;
- Fotocopia del documento d'identità in corso di validità dell'ammalato;
- Altra documentazione
- Copia del verbale di invalidità civile e o Legge n.104/92 (se in possesso).

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

Ai sensi della disciplina in materia di trattamento dei dati personali acconsento al trattamento dei dati finalizzato unicamente al presente procedimento.

Tortorici _____ Firma del richiedente _____
(Cognome e nome per esteso e leggibile)