

# ***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)