

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

Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi dell'art. 47 del DPR 28.12.200, n. 445

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

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ -nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e 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 dal D.A. n. 2201 del 07/08/2017, 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

**Consapevole delle responsabilità penali e civili ai sensi del DPR 28 dicembre 2000 n. 445 per falsità e dichiarazioni mendaci**

1. 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.
2. **Che non usufruisce dell'assegno di cura di cui alla legge regionale n. 4 del 1 marzo 2017 e s.m.i.**

Composizione nucleo familiare del richiedente ivi compreso il familiare da assistere

Cognome e Nome	Rapporto familiare	Nato	
		A	il

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. Copia del documento di riconoscimento in corso di validità;

Il/la 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 dopo due mesi in caso di decesso e della decadenza per dichiarazioni rese non veritiere punibili ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_