

**DOMANDA DI CONTRIBUTO MENSILE  
ALLE PERSONE AFFETTE DA SLA (SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA)  
AI SENSI DELLA DGR REGIONALE n. 233/2012 E  
DELLA DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE n. B08766/2012**

Spett. Consorzio dei comuni del cassinate

Comune di \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

in qualità di persona affetta da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA)

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_

Stato Civile \_\_\_\_\_

**OVVERO**

Il/la sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

**in qualità di:**

- Tutore
- curatore
- amministratore di sostegno
- familiare

**del sig./della sig.ra**

(cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_

Stato Civile \_\_\_\_\_

affetto/a da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA)

## CHIEDE

il riconoscimento del contributo mensile a favore delle persone affette da SLA previsto dalla DGR n. 233/2012 e dalla Determinazione Dirigenziale n. B08766/2012 sottoforma di:

- Progetti finalizzati a realizzare o potenziare, laddove esistano, percorsi assistenziali domiciliari mediante personale qualificato;
- Sostegno economico volto al riconoscimento del lavoro di cura del familiare - *caregiver*.

## A TAL FINE DICHIARA

- Di essere residente nella Regione Lazio;
- Di essere a conoscenza che il contributo in questione verrà sospeso in caso di ricovero in RSA, in Hospice o in caso di ricovero di sollievo per essere ripristinato una volta conclusasi la fase di ricovero;
- Di essere a conoscenza che il Distretto ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 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 normative vigenti.

Indica i dati anagrafici e i recapiti del familiare/caregiver di cui ha necessità quotidiana di aiuto e supporto:

(cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_

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

recapito telefonico \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

- convivente
- non convivente

## ALLEGA

- Certificazione rilasciata dal medico curante che attesta la diagnosi;
- Certificazione dei Centri di Riferimento Regionali che documenta la diagnosi e certifichi lo stadio della malattia;
- Autocertificazione stato di famiglia;
- Copia del provvedimento di nomina del tutore, curatore, amministratore di sostegno;
- Documento di riconoscimento del richiedente e del beneficiario

Data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_