

**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
