

## **DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D13**

**COMUNI DI CALTAGIRONE – GRAMMICHELE – VIZZINI - MIRABELLA IMBACCARI – MINEO -  
SAN MICHELE DI GANZARIA – MAZZARRONE - SAN CONO - LICODIA EUBEA**

### **AVVISO PUBBLICO**

#### **RIAPERTURA DEI TERMINI PER LA PRESENTAZIONE DELLE RICHIESTE PER IL SOSTEGNO ECONOMICO DI CUI ALL'ART.1 PUNTO B) DELL'ALLEGATO AL D.A.N.899/2012 PER I NUOVI SOGGETTI AFFETTI DA SCLEROSI AMIOTROFICA (SLA)**

#### **IL DIRIGENTE**

Rende noto che la Regione Sicilia - Assessorato Regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro - Dipartimento Famiglia e Politiche Sociali – con D.A. n. 384 del 24.02.2015 ha approvato l'Avviso pubblico con cui riapre i termini per la presentazione della richiesta del sostegno economico per i nuovi soggetti affetti da SLA.

All'art. 1 di tale avviso è previsto un "Sostegno economico volto al riconoscimento del lavoro di cura del familiare-caregiver, in sostituzione di altre figure professionali, svolto in base al progetto personalizzato ed opportunamente monitorato".

I beneficiari dell'intervento sono le famiglie, che mantengono nel proprio nucleo familiare un disabile grave, convivente e legato da vincolo di parentela, che presenta bisogni con un elevato livello di complessità in presenza di Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), certificata dai Centri di Riferimento Regionali, residenti nella Regione Sicilia.

Il caregiver è il referente familiare convivente, che si prende cura per più tempo dell'assistito, svolge una funzione di assistenza diretta alla persona, è coinvolto nella cura quotidiana dell'assistito.

L'assegno di sostegno economico viene fissato in € 400,00, compatibilmente con il numero degli aventi diritto e delle risorse disponibili. Detto sostegno decorrerà da gennaio 2015 e verrà erogato fino ad esaurimento delle somme, e in caso di decesso del paziente per altri n. 2 mesi.

#### **PRESENTAZIONE DELLE ISTANZE**

L'istanza per ottenere il sostegno economico dovrà essere redatta dal familiare convivente del soggetto affetto da SLA, secondo le forme della dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, ai sensi dell'art. 46 e segg. del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445, su apposito modello disponibile presso i Servizi Sociali del Comune di residenza o sui relativi siti comunali.

L'istanza, con allegata la documentazione richiesta, dovrà essere presentata presso l'Ufficio Servizi Sociali del Comune di residenza **entro il 30 Marzo** per il semestre Gennaio-Giugno e **il 30 Settembre** per il semestre Luglio-Dicembre di ogni anno.

Farà fede il timbro postale dell'ufficio protocollo del Comune di residenza.

All'istanza deve essere allegata la seguente documentazione:

- Fotocopia del documento di riconoscimento dell'istante in corso di validità;
- Certificazione rilasciata dal medico curante che ne attesti la diagnosi;
- Certificazione dei Centri di Riferimento Regionali che documenta la diagnosi e certifichi lo stadio della malattia;
- Autocertificazione attestante lo stato di famiglia;

La presentazione della predetta documentazione è obbligatoria ai fini dell'ammissione al beneficio.

Caltagirone, 05.03.2015

Il Dirigente  
Dott.ssa Giovanna Terranova

AL COMUNE DI \_\_\_\_\_

UFFICIO SERVIZI SOCIALI

VIA \_\_\_\_\_

**Oggetto: Istanza per il sostegno economico al familiare di persona affetta da sclerosi laterale amiotrofica (SLA)**

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà resa ai sensi degli artt.46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445

\_\_I\_\_ sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_,

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_,

telefono \_\_\_\_\_, cellulare \_\_\_\_\_

eventuale indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

nella qualità di \_\_\_\_\_ (specificare rapporto di parentela rispetto al disabile), familiare caregiver della persona affetta da SLA

Visto l'avviso pubblico del \_\_\_\_\_

### CHIEDE

Di essere ammesso/a all'erogazione del sostegno economico mensile previsto dal D.A. Regione Sicilia n. 899 dell'11.5.2012. Riapertura termine presentazione richiesta sostegno economico D.A.n.1551 del 23/10/2013.

A tale fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 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 avere preso visione dell'avviso pubblico, di accettare tutte le condizioni in esso previste e di avere tutti i requisiti di ammissibilità richiesti;
- di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_, in Via \_\_\_\_\_
- Che nel proprio nucleo familiare, come appreso riportato, convive legato da vincolo familiare il disabile grave affetto da SLA :

Sig \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, e

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

- che il proprio nucleo familiare ivi compreso il familiare da assistere risulta così composto:

| Cognome e Nome | Parentela | Nato a | il |
|----------------|-----------|--------|----|
|                |           |        |    |
|                |           |        |    |
|                |           |        |    |
|                |           |        |    |
|                |           |        |    |

- nel caso di accoglimento della domanda il/la sottoscritto/a sceglie la seguente modalità di erogazione del beneficio economico:

accredito in c/c bancario o postale \_\_\_\_\_  
 (indicare l'Istituto Bancario o l'ufficio postale)

Agenzia: \_\_\_\_\_

intestato a: \_\_\_\_\_

ABI \_\_\_\_\_ CAB \_\_\_\_\_ IBAN \_\_\_\_\_

Allega alla presente:

- 1) Fotocopia del documento di riconoscimento del/della sottoscritto/a, in corso di validità;
- 2) Certificazione rilasciata dal Medico curante attestante la diagnosi;
- 3) Certificazione dei Centri di riferimento regionali (Palermo, Messina, Catania e Mistretta) che documenti la diagnosi e certifichi lo stadio della malattia;

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere consapevole della decadenza dai benefici conseguiti in seguito all'accertamento di dichiarazioni non veritiere e di essere altresì consapevole che i fatti e gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

COMUNE DI \_\_\_\_\_

**INFORMATIVA** ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30.6.2003, n. 196 T.U. sulla privacy.

In relazione ai dati personali in possesso di questo Ente, a seguito della domanda presentata dalla S.V. per la richiesta di sostegno economico al familiare di persona affetta da sclerosi laterale amiotrofica (SLA), di cui al D.A. Regione Sicilia n. 899 dell'11.5.2012 per progetti finalizzati al miglioramento della qualità della vita dei soggetti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), di cui alla documentazione allegata, nonché agli ulteriori dati personali sensibili di cui questo Ente potrà entrare in possesso per la verifica dei requisiti richiesti e la formulazione del progetto personalizzato, La informiamo di quanto segue:

**1. Finalità del trattamento dei dati:**

il trattamento è finalizzato unicamente alla corretta e completa formazione della verifiche dei requisiti, con l'osservanza delle disposizioni di legge di cui all'Avviso pubblico per i pazienti malati da SLA giusta D.A. Regione Sicilia n. 899/2012;

**2. Modalità del trattamento dei dati:**

il trattamento è realizzato per mezzo delle operazioni o complesso di operazioni indicate nell'art. 4 lett. a) T.U. sulla privacy; il trattamento è svolto dal titolare e/o dagli incaricati del trattamento ivi compresi quelli Regionali;

**3. Conferimento dei dati:**

il conferimento di dati personali comuni, sensibili e giudiziari è strettamente necessario ai fini dello svolgimento delle attività di cui al punto 1;

**4. Rifiuto di conferimento di dati:**

l'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire dati personali comporta l'impossibilità di adempiere alle attività di cui al punto 1;

**5. Comunicazione dei dati:**

i dati personali possono venire a conoscenza degli incaricati del trattamento e possono essere comunicati ad Uffici ed Enti pubblici per attività connesse con il corretto adempimento di quanto indicato al punto 1, nonché a soggetti privati, ma in tal caso solo se la comunicazione è prevista da norma di legge o di regolamento;

**6. Diffusione dei dati:**

i dati potranno essere diffusi solo in forma numerica a norma del Regolamento sulla privacy per il trattamento dati del Comune di \_\_\_\_\_;

**7. Diritti dell'interessato:**

l'art. 7 del T.U. sulla privacy conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quello di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; l'interessato ha diritto di avere conoscenza dell'origine dei dati, delle finalità e delle modalità del trattamento, della logica applicata al trattamento, degli estremi identificativi del titolare e dei soggetti cui i dati possono essere comunicati; l'interessato ha inoltre diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione e l'integrazione dei dati, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge; il titolare ha il diritto di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati;

**8. Titolare e responsabili del trattamento:**

Titolare e Responsabile del trattamento dati è il Comune di \_\_\_\_\_, nella persona del Dirigente dei Servizi Sociali.

Incaricati del trattamento sono il personale dei Servizi Sociali del Comune di \_\_\_\_\_ e l'Assessorato Regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro.

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI**

Preso atto dell'informativa di cui sopra ed ai sensi della disciplina normativa in materia di trattamento dei dati personali acconsento al trattamento per le finalità descritte al punto 1 dell'informativa.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_