

**Alla Segreteria del Piano Sociale di Zona
Del Distretto Socio-Sanitario RM 5.1
Piazza Frammartino, 4
00015 MONTEROTONDO (RM)**

**INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE AFFETTE
DA SCLEROSI AMIOTROFICA LATERALE (SLA)
MODELLO DI ISTANZA ANNO 2017**

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
Codice fiscale _____
residente nel Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____
tel. _____ e- mail _____
domicilio (solo se diverso dalla residenza) nel Comune di _____
prov. _____ Via/Piazza _____ N _____
C.A.P. _____.

Da compilare se la domanda non è presentata dal diretto interessato/ beneficiario:

Il /La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
Codice fiscale _____
residente nel Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____
tel. _____ e- mail _____
domicilio (solo se diverso dalla residenza) nel Comune di _____
prov. _____ Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____.
in qualità di:
 familiare
 tutore (Decreto del Tribunale _____ n° _____)

Amministratore di Sostegno (Decreto del Tribunale _____
n° _____)

altro _____

convivente si / no

in favore di (cognome) _____ (nome) _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

Codice fiscale _____

residente nel Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____

tel. _____ e- mail _____

domicilio (solo se diverso dalla residenza) nel Comune di _____

prov. _____ Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____

CHIEDE

- Assegnazione dell'“Rimborso Assegno di cura” quale contributo economico finalizzato all’acquisto di prestazioni rese da personale qualificato scelto direttamente dall’assistito e dalla famiglia;
- Assegnazione del “Rimborso Contributo di cura” quale contributo economico per il riconoscimento ed il supporto alla figura del *caregiver* familiare (componente della rete di assistenza alla persona e risorsa del sistema integrato).

DATI RIFERITI AL FAMILIARE/CAREGIVER:

(Cognome) _____ (Nome) _____

nato a _____ prov. _____ il _____

residente nel Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____

domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di _____

prov. _____ Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____

tel. _____ e- mail _____

Codice fiscale _____

Grado di parentela (*rispetto al beneficiario*)

Convivente: sì no

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D. Lgs. n.445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs. dichiara di aver preso visione dell'Avviso pubblico relativo alla presente istanza, di accettare tutte le condizioni in esso previste e di essere in possesso di tutti i requisiti di ammissibilità richiesti.

Dichiara altresì:

- che il beneficiario non è stato ricoverato presso alcuna RSA, Hospice o struttura di sollievo per l'anno 2017;
- che il beneficiario è stato ricoverato in RSA, in Hospice o struttura di sollievo per il periodo _____

ALLEGA

certificazione rilasciata dai Presidi/Centri di riferimento regionale Policlino A.Gemelli, Policlinico Umberto 1° o Azienda Ospedaliera S.Filippo Neri di Roma che documenti la diagnosi e certifichi la stadiazione della malattia (sono esentati da questa certificazione i pazienti in stadio IV e che hanno già usufruito dei fondi per la SLA lo scorso anno);

Documento di identità in corso di validità del beneficiario del contributo;

Documento di identità in corso di validità del richiedente (*se diverso dal beneficiario del contributo*);

Per l'assistenza indiretta buste paga assistente familiare periodo gennaio – dicembre 2017.

Autocertificazione di eventuali periodi di ricovero in RSA, in Hospice o ricovero di sollievo.

CHIEDE

Che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra _____

Via / Piazza _____ n. _____

Comune _____ CAP _____

Tel. _____ e-mail _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO: Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli artt.81 e 82 del D.Lgs.n. 96/2003 e s.m.i., il sottoscritto autorizza il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità di cui all'Avviso pubblico "*Interventi in favore di persone affette da Sclerosi Amiotrofica Laterale (SLA)*"

Luogo e data _____

Firma del richiedente
