

Istanza di sostegno economico volto al riconoscimento del lavoro di cura del familiare-caregiver, ai sensi dell'Allegato al D.A. 899 dell'11-5-2012

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. 899 dell'11.05.2012, 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

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

Di non aver/aver presentato istanza per l'assegno di cura di cui alla legge regionale n. 4 del 1 marzo 2017.

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) Autocertificazione sullo stato di famiglia
- 4) Codice IBAN

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.

AUTOCERTIFICAZIONE DI RESIDENZA E DELLO STATO DI FAMIGLIA

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a in _____ il _____
residente in _____ via _____ n. _____

consapevole della responsabilità penale cui posso andare incontro in caso di dichiarazione falsa o comunque non corrispondente al vero

DICHIARA

Ai sensi dell'art. 47 del DPR n. 445 del 28/12/2000

1. Di essere residente a _____
in via _____ n. _____ (dal _____)

2. Che la famiglia convivente oltre che dal sottoscritto è così composta:

Relazione di parentela	Cognome e Nome	Luogo e data di nascita
1)		
2)		
3)		
4)		
5)		
6)		
7)		

Catania, li _____

FIRMA DEL DICHIARANTE

INFORMATIVA DI CUI ALL'ART. 13 D.Lgs. 196/03

Egr. Sig.re/Gent.ma Sig.ra

La informiamo che:

- I dati da Lei dichiarati saranno utilizzati dagli uffici esclusivamente per l'istruttoria dell'istanza da Lei formulata e per le finalità strettamente connesse (se vengono utilizzati per altri trattamenti segnare quali: _____);
- Il trattamento viene effettuato sia con strumenti cartacei sia con elaboratori elettronici a disposizione degli uffici;
- I dati non verranno comunicati a terzi (oppure verranno comunicati a - indicare categorie -: _____);
- Il conferimento dei dati è facoltativo/obbligatorio;
- La conseguenza nel caso di mancato conferimento dei dati è la seguente: _____);
- Il responsabile del trattamento è (indicare nome e recapito): _____);
- Lei può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione, cancellazione dei dati come previsti dall'art. 7 del D.Lgs. 196/03 rivolgendosi al Dirigente responsabile suindicato.