

# CONTRIBUTO ECONOMICO PER L'ASSISTENZA AI MALATI DI SLA - TIPO "B"

*(supporto alla famiglia che intende avvalersi a titolo oneroso di familiari o assistenti familiari)*

## Modulo di domanda

Al Sig. Sindaco del Comune di _____	prot. n° _____
_____	del _____

(Riservato all'Ufficio)

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_ *(titolare, familiare/tutore/curatore/amministratore di sostegno)*

*fa domanda di contributo economico per l'assistenza ai malati di SLA - tipo "B"*

*(la parte sottostante è da compilare soltanto nel caso in cui il richiedente è persona diversa dal titolare)*

Per il Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

A tal fine, il sottoscritto

**dichiara**

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del D.P.R. 445/2000

### 1. Dati generali

a. che la persona interessata, per quanto nelle proprie capacità, e le altre persone componenti della sua famiglia sono informate e consenzienti circa la presentazione della presente domanda e le informazioni in essa contenute:

b. che la famiglia:

- intende avvalersi, a titolo oneroso, di familiari o di uno o più assistenti familiari;

ovvero

- sostiene gli oneri per l'assistenza alla persona malata di SLA sopra indicata da parte di familiari o di uno o più assistenti familiari come al successivo punto 2;

c. l'impegno a presentare certificazione ISEE della persona malata di SLA i cui redditi siano riferiti all'ultima dichiarazione dei redditi presentata, soltanto nel caso in cui ricorrano le condizioni di cui al punto 4 dell'Avviso Pubblico:

d. di essere a conoscenza che la mancata presentazione della certificazione ISEE, comporta l'esclusione dal beneficio;

e. che la persona di riferimento è:

Signor/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
 indirizzo \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_

## 2. Dati relativi al familiare o all'assistente familiare

### A. Familiare o Assistente familiare assunto/a dalla famiglia

1. Il familiare/L'assistente familiare \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_, iscritto/a all'INPS con matr. \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, categoria o qualifica \_\_\_\_\_, è stato/a assunto/a da un familiare con regolare contratto di lavoro per lo svolgimento di funzioni assistenziali nei confronti della persona malata di SLA indicata in precedenza:  
 - per n° \_\_\_\_\_ ore settimanali di assistenza per il periodo dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### B. Familiare o Assistente familiare pagato/a per il tramite di enti terzi

1. Il familiare/L'assistente familiare \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_, regolarmente assunto/a dalla Ditta (*ragione sociale*) \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_, avente sede legale a \_\_\_\_\_ ( ) in Via \_\_\_\_\_, iscritta al Registro Regionale \_\_\_\_\_ (*cooperative sociali, ecc.*) ovvero nel Registro C.C.I.A.A. nella posizione n° \_\_\_\_\_, per il quale il familiare del beneficiario sostiene il costo, come da dichiarazione allegata, per lo svolgimento di funzioni assistenziali nei confronti della persona malata di SLA indicata in precedenza:  
 - per n° \_\_\_\_\_ ore settimanali di assistenza per il periodo dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## 3. Delega alla riscossione

Il sottoscritto/a sollevando l'Ente da ogni responsabilità

**chiede che la liquidazione del contributo economico venga effettuata a:**

- Beneficiario (non autosufficiente)
- Richiedente

**con la seguente modalità:**

- Assegno non trasferibile
- Accreditamento bancario, su istituto di credito \_\_\_\_\_  
 cod. IBAN \_\_\_\_\_

## 4. Collaborazione per l'aggiornamento

Il sottoscritto si impegna a collaborare con il Servizio Sociale comunale comunicando tempestivamente, entro 30 giorni dal verificarsi dell'evento e comunque ogni qual volta il Servizio Sociale lo richieda, le variazioni intervenute rispetto ai dati comunicati nella presente domanda.

In particolare si comunicheranno i seguenti eventi riguardanti la persona non autosufficiente:

- a) l'ingresso in una struttura residenziale a titolo definitivo;
- b) i periodi di ricovero temporaneo in struttura residenziale;

c) il decesso;

d) il cambiamento di indirizzo di residenza o di domicilio;

e) le variazioni contrattuali relative ai familiari o agli assistenti familiari (licenziamento, variazione orario, sostituzione della persona, ecc.)

In fede

Luogo, \_\_\_\_\_

Data   /  /  

**IL DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)

- Annotazione estremi documento di identità \_\_\_\_\_
- Allegata copia del documento di identità \_\_\_\_\_

**IL FUNZIONARIO**

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)

**Allega:**

- certificazione medica comprovante la diagnosi di Sclerosi Laterale Amiotrofica e lo stato di fragilità/compromissione dell'autonomia personale (Allo scopo può bastare una certificazione già a disposizione del richiedente, quale, ad esempio, il verbale di invalidità civile);
- copia del certificato di invalidità e accompagnamento (se presenti)
- attestazione di inserimento nel percorso assistenziale per le malattie neuromuscolari di cui alla D.G.R. n. 463 del 24 aprile 2012, rilasciata dal Centro di Riferimento Hub oppure Spoke di cui alle medesima D.G.R.;
- autocertificazione dello stato di famiglia storico antecedente non meno di 6 mesi dalla data di approvazione della D.G.R. n. 256 del 12/03/2013;
- autocertificazione che attesti l'intenzione di avvalersi di familiari o uno o più assistenti familiari (Contributo di tipo B);
- dichiarazione relativa al rapporto contrattuale con familiari o uno o più assistenti familiari;
- documento di identità valido del dichiarante;
- copia del provvedimento di nomina del tutore, curatore amministratore di sostegno.

**Informativa Privacy**

In osservanza delle disposizioni in materia di tutela dei dati personali si informa la S.V. che i dati personali e anagrafici forniti formano oggetto di trattamento da parte della Regione Basilicata, del Comune di residenza, del Comune Capofila dell'Ambito Sociale di Zona e della Azienda U.S.L., cui fa capo il Comune.

I dati trattati attengono all'identificazione del richiedente il contributo economico per l'assistenza ai malati di SLA, della persona malata di SLA per la quale viene richiesto tale beneficio, i dati sanitari e sociali necessari a valutare il bisogno di cura e la misura con cui tale bisogno viene soddisfatto dalla famiglia e/o dalla rete sociale attivata dal Servizio Sociale del Comune, i dati relativi alla situazione economica della famiglia (ISEE) ove ricorrano le condizioni di cui al punto 4 dell'Avviso Pubblico, nonché quelli indispensabili a consentire il corretto svolgimento del rapporto professionale e di fiducia con gli Uffici preposti all'attuazione e al controllo del progetto assistenziale. Il diniego al trattamento dei dati potrà operare solo se il conferimento dei dati personali richiesti è obbligatorio per adempiere alle finalità sopra elencate. Il diniego al trattamento dei dati potrà operare solo per i periodi per i quali non è stato erogato il contributo e comporterà automaticamente la cessazione della valutazione ai fini dell'erogazione del contributo.

Dopo aver preso visione dell'informativa di cui sopra, autorizzo al trattamento dei dati contenuti nella domanda per il contributo economico per l'assistenza ai malati di SLA, nonché dei dati socio/sanitari rilevati dagli Enti preposti a tale adempimento e delle successive variazioni che mi impegno a comunicare nel termine di trenta giorni.

In Fede

Data \_\_\_\_\_

**Il Dichiarante**

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)