

Modulo per la domanda
(compilazione da parte di terzi)

**AL DIRETTORE DELL'AZIENDA
SANITARIA TERRITORIALE**
di _____

Oggetto: **Istanza di accesso al contributo per il riconoscimento e valorizzazione del lavoro di cura del familiare-caregiver che assiste persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) - ANNO 2024, ai sensi della DGR n. 384 del 18.03.2024.**

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ Via _____ n. _____

Codice Fiscale _____ tel. _____

cell. _____ e-mail _____

in qualità di :

- coniuge/familiare (grado di parentela)
- esercente tutela (*tutore, curatore, amministratore di sostegno*)

del/della Sig./Sig.ra _____

Ai sensi degli artt. 46, 47, 76 e 77 del DPR 445/2000, e consapevole che le false dichiarazioni, le falsità negli atti e l'esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti al vero sono puniti ai sensi del codice penale e dalle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

☐ che il/la Sig./Sig.ra _____ ha ottenuto il riconoscimento di disabilità in situazione di gravità, ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della L. 104/1992, rilasciato dalla Commissione Sanitaria dell'Azienda Sanitaria Territoriale di _____ in data _____;

☐ che il/la Sig./Sig.ra _____ è in possesso della diagnosi "definitiva"/ "probabile" di Sclerosi Laterale Amiotrofica rilasciata da _____ in data _____;

☐ che il/la Sig./Sig.ra _____ ha già beneficiato nell'anno 2023 del contributo in favore delle persone affette da Sindrome Laterale Amiotrofica (SLA);

☐ che il/la Sig./Sig.ra _____ non beneficerà di uno dei contributi relativi agli interventi sostenuti con risorse FNA ("Assegno di cura" - "Disabilità gravissima" - "Progetti per la vita indipendente");

☐ che il/la Sig./Sig.ra _____ non beneficia del contributo previsto per il progetto "Vita indipendente" di cui alla L.R. 21/2018;

☐ che il/la Sig./Sig.ra _____ non beneficerà del contributo relativo all'intervento rivolto al familiare-caregiver che assiste un familiare di età compresa tra 0 e 25 anni affetto da una malattia rara di cui all'Allegato 7 del D.P.C.M. 12 gennaio 2017 e che necessita di ventilazione e/o nutrizione artificiale;

☐ che il/la Sig./Sig.ra _____ non è ospite di strutture residenziali di qualsiasi tipo autorizzate, accreditate e convenzionate pubbliche o private;

CHIEDE

in nome e per conto di:

nome e cognome _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ Via _____ n. _____

Codice Fiscale _____ tel. _____

cell. _____ e-mail _____

di poter accedere al contributo per il riconoscimento e valorizzazione del lavoro di cura del familiare-caregiver che assiste persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) per l'anno 2024, ai sensi della DGR n. 384 del 18.03.2024.

Data e luogo _____

(firma)

ALLEGATI ALLA DOMANDA:

- ☐ copia diagnosi di SLA*;
- ☐ copia dell'attestazione di disabilità con gravità*;
- ☐ eventuale dichiarazione del Medico di Medicina Generale che attesti la data della tracheostomizzazione**.
- ☐ fotocopia dei documenti di identità in corso di validità del richiedente e di colui che ne fa le veci.

**La documentazione non va allegata da parte di coloro che hanno già beneficiato del contributo nell'anno 2023.*

*** Solo per coloro per i quali sia intervenuto un processo di tracheostomizzazione.*

L'informativa sul trattamento dei dati è a cura dell'Azienda Sanitaria Territoriale in qualità di titolare del trattamento dei dati afferenti il procedimento.