

RENDICONTAZIONE ANNO 2024

D.G.R.M. N.126 DEL 14/02/2023 – “Riconoscimento e valorizzazione del lavoro di cura del familiare - caregiver che assiste persone affette da Sclerosi Laterale amiotrofica (SLA). Criteri per accedere ai contributi per l'anno 2024

AST AP + SBT

DISTRETTO	N. PAZIENTI	GENNAIO	FEBBRAIO	MARZO	APRILE	MAGGIO	GIUGNO	LUGLIO	AGOSTO	SETTEMBRE	OTTOBRE	NOVEMBRE	DICEMBRE	Totale
<i>Distretto SBT</i>	10	7.998,00	7.998,00	7.998,00	7.998,00	8.331,00	8.831,00							49.164,00
<i>Distretto AP</i>	11	6.831,00	6.831,00	6.831,00	7.664,00	8.497,00	8.497,00	8.497,00	8.497,00	9.330,00	9.330,00			80.816,00
TOTALE	21	14.829,00	14.829,00	14.829,00	15.662,00	16.828,00	17.328,00	8.497,00	8.497,00	9.330,00	9.330,00	0,00	0,00	129.980,00

NUMERO DI UTENTI AMMESSI AL CONTRIBUTO SBT	€ 1.000,00	3
NUMERO DI UTENTI AMMESSI AL CONTRIBUTO SBT	€ 833,00	7
NUMERO DI UTENTI AMMESSI AL CONTRIBUTO AP	€ 1.000,00	1
NUMERO DI UTENTI AMMESSI AL CONTRIBUTO AP	€ 833,00	10
NUMERO COMPLESSIVO DEI PAZIENTI AMMESSI AI CONTRIBUTI		21