

Istanza di sostegno economico volto al riconoscimento del lavoro di cura del familiare-caregiver, ai sensi dell'allegato A) al D.A. n.2201 del 07/08/2017

Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi dell'art. 47 del DPR 28.12.2000 n. 445

Al Comune di _____

Ufficio Servizi Sociali

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____ e
residente a _____ prov. ____ in Via _____ n. _____,
cap _____ telefono _____

In qualità di: Genitore
 Altro familiare (specificare)

del Sig./Sig.ra (Cognome e nome) _____ nato a _____
il _____ e residente a _____ prov. ____ in Via _____ n.
_____, cap _____ telefono _____, che risulta affetto da SLA

CHIEDE

La concessione dell'assegno di sostegno previsto dal D.A. n. 2201 del 07.08.2017, 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.

Allega alla presente istanza:

- Copia del documento di riconoscimento del richiedente e del familiare,
- Copia codice fiscale del richiedente e del familiare,
- Certificazione rilasciata dal medico curante che ne attesti la diagnosi,
- Certificazione dei centri di riferimento regionali che documentino la diagnosi e certifichino lo stadio della malattia,
- Autocertificazione dello stato di famiglia.

Il sottoscritto 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
