



UFFICIO DI PIANO

DISTRETTO SOCIO - SANITARIO D54

Comuni di

**Castelvetrano - Campobello di Mazara
Partanna – Poggioreale – Salaparuta - Santa Ninfa
A.S.P.**

Piazza G. Cascino, n. 8 – 91022 Castelvetrano (TP)

Tel. 0924/909103

Fax 0924/902203

Apertura al pubblico: dal lunedì al venerdì dalle 8,30 alle 13,00

pec:distrettod54@pec.comune.castelvetrano.tp.it

REGIONE SICILIANA

Assessorato della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro
Dipartimento Regionale della Famiglia e delle Politiche Sociali
Servizio n. 5

Allegato A) al D.A. n. 2201 del 17/08/2017

AVVISO PUBBLICO

Art. 1

Finalità e obiettivi

In sede di incontro del Tavolo Tecnico S.L.A. del 5 giugno 2017 si è concordato di destinare le risorse dell'F.N.A. 2015 e 2016 relative al sostegno economico a favore del familiare – **caregiver** dei pazienti affetti da S.L.A., ai soggetti affetti da questa patologia che si trovano in fase iniziale o avanzata del decorso della malattia e che comunque non usufruiscono dei benefici di cui alla legge regionale n. 4 dell'1 marzo 2017.

Art. 2

Sostegno economico per i soggetti affetti da S.L.A.

Il caregiver è il referente familiare che si prende cura per più tempo dell'assistito, svolge una funzione di assistenza diretta alla persona, è coinvolto nella cura quotidiana dell'assistito.

I pazienti dipendono fortemente dai loro **caregiver** senza i quali non potrebbero svolgere le minime attività di cura del proprio come nutrirsi, lavarsi, cambiarsi, mettersi a letto, alzarsi, muoversi.

Il sostegno economico al **caregiver** familiare, è necessario per incrementare le risorse economiche destinate ad assicurare la continuità dell'assistenza alla persona affetta da S.L.A..

L'assegno di sostegno economico sarà determinato compatibilmente con il numero degli aventi diritto e le risorse disponibili a valere sulle risorse dell'esercizio finanziario 2017.

Art. 3 Procedure

L'istanza per ottenere il sostegno economico di cui all'art. 1 deve essere presentata dal familiare del soggetto affetto da S.L.A., presso l'Ufficio Servizi Sociali del Comune di residenza entro il 20 settembre 2017. Farà fede il timbro postale dell'ufficio protocollo del Comune di residenza e deve essere corredata della seguente documentazione:

- Certificazione rilasciata dal medico curante che ne attesti la diagnosi;
- Certificazione dei Centri di Riferimento Regionali che documenti la diagnosi e certifichi lo stato della malattia;
- Stato di Famiglia.

Ciascun Comune, verificata la documentazione presentata dovrà inoltrarla al Distretto Socio Sanitario capofila.

Entro 10 giorni successivi al termine di scadenza, i Distretti Socio Sanitari capofila dovranno fare pervenire all'Assessorato Regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro - Dipartimento Famiglia e Politiche Sociali - a firma del Dirigente Responsabile del Settore Servizi Sociali, gli elenchi approvati dagli aventi diritto dei nuovi soggetti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica (S.L.A.).

La Regione trasferirà ai Distretti Socio Sanitari le somme destinate a finanziare l'assegno di sostegno per i **caregiver** degli ammalati di S.L.A., nell'ambito della disponibilità delle somme.

I Distretti accrediteranno le somme ai Comuni che erogheranno l'assegno al familiare **caregiver**, nel più breve tempo possibile.

Il sostegno economico decorrerà da gennaio 2017 e verrà erogato fino ad esaurimento delle somme.

F.to L'Assessore
Dr.ssa **Carmencita Mangano**

F. to Il Dirigente Generale
Mario Candore

F. to Il Dirigente del Servizio
Valeria Restuccia



DISTRETTO SOCIO - SANITARIO D54
Comuni di
Castelvetrano - Campobello di Mazara
Partanna – Poggioreale – Salaparuta - Santa Ninfa
A.S.P.

Piazza G. Cascino, n. 8 – 91022 Castelvetrano (TP)
pec: distrettod54@pec.comune.castelvetrano.tp.it

UFFICIO DI PIANO

AL COMUNE DI _____

UFFICIO SERVIZI SOCIALI

Oggetto: Istanza per il sostegno economico al familiare di persona affetta da sclerosi laterale amiotrofica (S.L.A.)

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà resa ai sensi degli artt.46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445

_____, sottoscritto/a _____, nato/a a _____,
il _____ residente in _____,
via _____ n. _____, C.F. _____,
telefono _____, cellulare _____
eventuale indirizzo e-mail _____
nella qualità di _____ (specificare rapporto di parentela rispetto al disabile), familiare caregiver della
persona affetta da S.L.A.

Visto l'avviso pubblico del _____

CHIEDE

Di essere ammesso/a all'erogazione del sostegno economico mensile previsto dal D.A. Regione Sicilia n. 2201 del 07/08/2017.

A tale fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e dalle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di avere preso visione dell'avviso pubblico, di accettare tutte le condizioni in esso previste e di avere tutti i requisiti di ammissibilità richiesti;
- di essere residente nel Comune di _____, in Via _____
- Che nel proprio nucleo familiare, come appresso riportato, convive legato da vincolo familiare il disabile grave affetto da S.L.A. :
Sig _____ nato a _____ il ____/____/____ e
residente a _____ in Via _____ n. _____
- che il proprio nucleo familiare ivi compreso il familiare da assistere risulta così composto:

| Cognome e Nome | Parentela | Nato a | il |
|----------------|-----------|--------|----|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

- nel caso di accoglimento della domanda il/la sottoscritto/a sceglie la seguente modalità di erogazione del beneficio economico:

accredito in c/c bancario o postale _____
 (indicare l'Istituto Bancario o l'ufficio postale)

Agenzia: _____

intestato a: _____

ABI _____ CAB _____ IBAN _____

Allega alla presente:

1. Fotocopia del documento di riconoscimento del/della sottoscritto/a, in corso di validità;
2. Certificazione rilasciata dal Medico curante attestante la diagnosi;
3. Certificazione dei Centri di riferimento regionali che documenti la diagnosi e certifichi lo stadio della malattia.

Luogo e data _____

Firma del richiedente

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere consapevole della decadenza dai benefici conseguiti in seguito all'accertamento di dichiarazioni non veritiere e di essere altresì consapevole che i fatti e gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia.

Luogo e data _____

Firma del richiedente

COMUNE DI _____

INFORMATIVA ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30.6.2003, n. 196 T.U. sulla privacy.

In relazione ai dati personali in possesso di questo Ente, a seguito della domanda presentata dalla S.V. per la richiesta di sostegno economico al familiare di persona affetta da sclerosi laterale amiotrofica (S.L.A.), di cui al D.A. Regione Sicilia n. 2201 del 07/08/2017 per progetti finalizzati al miglioramento della qualità della vita dei soggetti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica (S.L.A.), di cui alla documentazione allegata, nonché agli ulteriori dati personali sensibili di cui questo Ente potrà entrare in possesso per la verifica dei requisiti richiesti e la formulazione del progetto personalizzato, La informiamo di quanto segue:

1. Finalità del trattamento dei dati:

il trattamento è finalizzato unicamente alla corretta e completa formazione della verifiche dei requisiti, con l'osservanza delle disposizioni di legge di cui all'Avviso pubblico per i pazienti malati da S.L.A. giusta D.A. Regione Sicilia n. 2201/2017;

2. Modalità del trattamento dei dati:

il trattamento è realizzato per mezzo delle operazioni o complesso di operazioni indicate nell'art. 4 lett. a) T.U. sulla privacy; il trattamento è svolto dal titolare e/o dagli incaricati del trattamento ivi compresi quelli Regionali;

3. Conferimento dei dati:

il conferimento di dati personali comuni, sensibili e giudiziari è strettamente necessario ai fini dello svolgimento delle attività di cui al punto 1;

4. Rifiuto di conferimento di dati:

l'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire dati personali comporta l'impossibilità di adempiere alle attività di cui al punto 1;

5. Comunicazione dei dati:

i dati personali possono venire a conoscenza degli incaricati del trattamento e possono essere comunicati ad Uffici ed Enti pubblici per attività connesse con il corretto adempimento di quanto indicato al punto 1, nonché a soggetti privati, ma in tal caso solo se la comunicazione è prevista da norma di legge o di regolamento;

6. Diffusione dei dati:

i dati potranno essere diffusi solo in forma numerica a norma del Regolamento sulla privacy per il trattamento dati del Comune di _____;

7. Diritti dell'interessato:

l'art. 7 del T.U. sulla privacy conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quello di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; l'interessato ha diritto di avere conoscenza dell'origine dei dati, delle finalità e delle modalità del trattamento, della logica applicata al trattamento, degli estremi identificativi del titolare e dei soggetti cui i dati possono essere comunicati; l'interessato ha inoltre diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione e l'integrazione dei dati, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge; il titolare ha il diritto di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati;

8. Titolare e responsabili del trattamento:

Titolare e Responsabile del trattamento dati è il Comune di _____, nella persona del Dirigente dei Servizi Sociali.

Incaricati del trattamento sono il personale dei Servizi Sociali del Comune di _____ e l'Assessorato Regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

Preso atto dell'informativa di cui sopra ed ai sensi della disciplina normativa in materia di trattamento dei dati personali acconsento al trattamento per le finalità descritte al punto 1 dell'informativa.

Luogo e data _____

Firma del richiedente
