

DISTRETTO SOCIO SANITARIO VT/2

Comuni di Tarquinia (Capofila), Tuscania, Montalto di Castro, Canino, Monte Romano,
Cellere, Piansano, Arlena di Castro, Tessennano e la ASL/VT – Distretto di Tarquinia

**DOMANDA DI CONTRIBUTO MENSILE ALLE PERSONE AFFETTE DA SLA (SCLEROSI
LATERALE AMIOTROFICA) AI SENSI DELLA DGR REGIONALE n. 233/2012 E DELLA
DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE n. B08766/2012**

Spett. DISTRETTO SOCIO SANITARIO VT2

COMUNE DI _____

Ufficio Servizi Sociali

Il/la sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____

in qualità di persona affetta da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA)

nato/a a _____ il _____ residente a _____ prov _____

Via/P.zza/Loc. _____ n. _____ recapito telefonico _____

e-mail _____

CF _____

Stato Civile _____

OVVERO

Il/la sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____

nato/a a _____ il _____ residente a _____ prov _____

Via/P.zza/Loc. _____ n. _____ recapito telefonico _____

e-mail _____

CF _____

in qualità di ☐ tutore
☐ curatore
☐ amministratore di sostegno
☐ familiare

del sig./della sig.ra

(cognome) _____ (nome) _____

nato/a a _____ il _____ residente a _____ prov _____

Via/P.zza/Loc. _____ n. _____ recapito telefonico _____

e-mail _____

CF _____

Stato Civile _____

affetto/a da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA)

CHIEDE

il riconoscimento del contributo mensile a favore delle persone affette da SLA previsto dalla DGR n. 233/2012 e dalla Determinazione Dirigenziale n. B08766/2012 sottoforma di:

- ☐ Progetti finalizzati a realizzare o potenziare, laddove esistano, percorsi assistenziali domiciliari mediante personale qualificato;
- ☐ Sostegno economico volto al riconoscimento del lavoro di cura del familiare-*caregiver*.

A TAL FINE DICHIARA CHE

- ☐ è residente nella Regione Lazio;
- ☐ è a conoscenza che il contributo in questione verrà sospeso in caso di il ricovero in RSA, in Hospice o in caso di ricovero di sollievo per essere ripristinato una volta conclusasi la fase di ricovero:
- ☐ è a conoscenza che il Distretto ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che l'eventuale riscontro di non veridicità di quanto dichiarato comporterà il decadimento del beneficio ottenuto e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle normative vigenti.

Indica i dati anagrafici e i recapiti del familiare/caregiver di cui ha necessità quotidiana di aiuto e supporto:

(cognome) _____ (nome) _____

nato/a a _____ il _____ residente a _____ prov _____

Via/P.zza/Loc. _____ n. _____ recapito telefonico _____

e-mail _____

- ☐ convivente
- ☐ non convivente

ALLEGA

- Certificazione rilasciata dal medico curante che attesta la diagnosi;
- Certificazione dei Centri di Riferimento Regionali (Policlinico Gemelli o Azienda Ospedaliera San Filippo Neri) che documenti la diagnosi e certifichi lo stato di malattia;
- Autocertificazione stato di famiglia;
- Copia del provvedimento di nomina del tutore, curatore, amministratore di sostegno;
- Documento di riconoscimento del richiedente e del beneficiario

Data _____

Firma del richiedente
