

CONSORZIO DEI COMUNI DEL CASSINATE PER LA PROGRAMMAZIONE E GESTIONE DEI SERVIZI SOCIALI

P.zza Sturzo - 03030 Predimonte San Germano - tel. 0776403203 - fax 0776404952 - email. cons.servizisociali@libero.it



AVVISO PUBBLICO INTERVENTI IN FAVORE DI PAZIENTI AFFETTI DA SLA.

VISTA la Delibera Regione Lazio n°233/2012 concernente "Approvazione del programma attuativo degli interventi a favore di persone affette da sclerosi laterale amiotrofica SLA ai sensi del decreto interministeriale 11/11/2011, concernente il riparto del fondo per le Non Autosufficienze per l'anno 2011";
VISTA la Determinazione n° B08766 DEL 12/11/2012 avente per oggetto: "Attuazione DGR 233/12 Individuazione delle modalità di riparto di cui al finanziamento interministeriale 11/11/2011 e di attuazione del programma regionale degli interventi a favore di persone affette da sclerosi laterale amiotrofica (SLA) per la realizzazione di prestazioni, interventi e servizi assistenziali per migliorare ove possibile la vita dei soggetti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA)";

SI AVVISA

CHE in applicazione della normativa sopracitata, possono presentare istanza per la concessione di un assegno di cura e sostegno, i soggetti interessati o loro familiari (caregiver) residenti nel territorio distrettuale, nel cui nucleo convivono soggetti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) ai quali garantiscono prestazioni di assistenza e di aiuto personale.

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.

- istanza di assegno di cura e sostegno, come da modello predisposto disponibile presso i Comuni del distretto e sul sito www.consorzioservizisociali.fr.it, dovrà pervenire all'ufficio protocollo del Consorzio dei comuni del cassinato, entro le ore 12.00 del 2 maggio 2013, corredata dalla sotto elencata documentazione:

1. **Certificazione rilasciata dal medico curante che ne attesti la diagnosi;**
2. **Certificazione dei Centri di Riferimento Regionale, che documenti la diagnosi e certifichi lo stadio della malattia;**
3. **Autocertificazione della situazione familiare con l'indicazione dei componenti.**

Ai sensi della suddetta determinazione, l'assegno mensile di sostegno economico finalizzato al servizio di aiuto personale /assistenza domiciliare indiretta destinato esclusivamente all'assunzione di uno o più assistenti familiari adeguatamente formati (esterni alla rete familiare) viene così distribuito:

Stadiazione malattia		Contributo massimo mensile ad utente
Primo livello	deficit moderato	€ 300,00
Secondo livello	deficit medio - grave	€ 500,00
Terzo livello	deficit grave	€ 1.200,00
Quarto livello	deficit completo	€ 2.000,00

compatibilmente con il numero degli aventi diritto e le risorse disponibili per tale finalità.

Il sostegno decorrerà dalla data di accettazione dell'istanza e verrà erogato per un anno, con tranches economiche bimestrali.

- Istanza di sostegno economico volto al riconoscimento del lavoro di cura del familiare - caregiver:
La determinazione n. B08766/12 consente la scelta alternativa da parte dell'utente di ricorrere a tale modalità assistenziale sulla base di un progetto personalizzato monitorato dal Distretto Sociale congiuntamente con la ASL FE/D prevedendo la corresponsione del 50% dell'importo massimo indicato nello schema sopra riportato per ciascun livello di stadiazione della malattia.



Il Responsabile Ufficio di Piano
(Dot. ssa Patrizia Delli Colli)

SULLI

**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. Consorzio dei comuni del cassinatese

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 _____ n. _____ recapito telefonico _____
c-mail _____
CF _____
Stato Civile _____

OVVERO

Il/la sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____
nato/a _____ il _____ residente a _____ prov _____
via _____ n. _____ recapito telefonico _____
CF _____
e-mail _____

in qualità di:

- Tutore
- curatore
- amministratore di sostegno
- familiare

del sig./della sig.ra

(cognome) _____ (nome) _____
nato/a a _____ il _____ residente _____ prov _____
via _____ 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

- Di essere residente nella Regione Lazio;
- Di essere a conoscenza che il contributo in questione verrà sospeso in caso di ricovero in RSA, in Hospice o in caso di ricovero di sollievo per essere ripristinato una volta conclusasi la fase di ricovero;
- Di essere 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 _____ il _____ residente a _____ prov _____

via _____ n. _____

recapito telefonico _____ e-mail _____

- convivente
- non convivente

ALLEGA

- Certificazione rilasciata dal medico curante che attesta la diagnosi;
- Certificazione dei Centri di Riferimento Regionali che documenta la diagnosi e certifichi lo stadio della 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
