



Comune di Petrosino



Città di Marsala



## **IL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N.52-MARSALA-PETROSINO**

**Visto** il D.A. n. 899/S5 del 11/05/2012, dell'Assessorato alla Famiglia, delle politiche sociali e del lavoro- Dipartimento della Famiglia e delle Politiche Sociali, pubblicato sulla G.U.R.S. n.20 del 18.05.2012

**Visto** il punto B) dell'art.1 dell'allegato al D.A. n. 899 sopra richiamato

### **RENDE NOTO**

**Che** il presente Avviso si inserisce nell'ambito delle attività finanziate dal **Fondo Nazionale per la non autosufficienza** per la realizzazione di prestazioni, interventi e servizi assistenziali nell'ambito dell'offerta integrata di servizi socio-sanitari **in favore di persone affette da sclerosi laterale amiotrofica "SLA"**;

**Che** gli interventi di cui al presente avviso sono diretti a fornire un sostegno economico volto al riconoscimento del lavoro di cura del familiare-caregiver, quale referente che si prende cura per più tempo dell'assistito e che, in virtù di ciò, svolge una funzione di assistenza quotidiana e diretta alla persona affetta da "SLA";

**Che** l'assegno economico è fissato in € 400,00 mensili, compatibilmente con il numero degli aventi diritto e le risorse finanziarie trasferite dall'Assessorato Regionale, ed è funzionale ad incrementare le risorse economiche destinate ad assicurare la continuità dell'assistenza alla persona affetta "SLA".

L'istanza, per ottenere il sostegno economico di cui al presente avviso, deve essere presentata e sottoscritta dal familiare convivente ed iscritto nello stesso stato di famiglia del soggetto affetto da "SLA" e che, in modo prevalente, si prende cura dello stesso.

I familiari, aventi i seguenti requisiti alla data di scadenza del presente avviso, per l'accesso alle prestazioni in argomento, dovranno far pervenire istanza secondo quanto indicato nell'apposito modulo di domanda, presso gli Uffici Protocollo del Servizio Sociale del Comune di residenza, **entro e non oltre il 18/06/2012, pena l'esclusione dal beneficio di che trattasi.**

I requisiti per l'accesso alle prestazioni di cui al presente avviso, pena l'esclusione, sono i seguenti:

**Il familiare-caregiver ed il soggetto assistito** devono inderogabilmente risultare conviventi ed essere iscritti nello stesso stato di famiglia.

All'istanza deve essere allegata, **pena l'esclusione**, la seguente documentazione:

- } certificazione rilasciata dal medico curante che attesti la diagnosi di "SLA";
- } certificazione rilasciata dai Centri di riferimento Regionali, che documenti la diagnosi e certifichi lo stadio della malattia.

Lo stato di famiglia sarà verificato d'ufficio dal servizio sociale del Comune di residenza, nel rispetto della normativa vigente.

Il Servizio Sociale del Comune di Marsala e del Comune di Petrosino, verificata, rispettivamente, la documentazione presentata dai soggetti richiedenti, inoltrerà all'Ufficio Piano del Distretto Socio-Sanitario n.52-Marsala-Petrosino le istanze che risultano avere i requisiti richiesti e indicati nel presente avviso oltre che le istanze archiviate in quanto risultanti non idonee. Sarà cura del

Distretto N.52 Marsala-Petrosino, inviare la documentazione all'Assessorato Regionale competente entro 30 giorni successivi al termine di scadenza indicato nel presente avviso.

L'Assessorato Regionale, esaminata la documentazione, trasferirà al Distretto Socio-Sanitario n.52-Marsala-Petrosino, le somme destinate a finanziare l'assegno di sostegno per i caregiver dei soggetti ammalati di "SLA", residenti nei Comuni del Distretto.

Successivamente, il Distretto Socio-Sanitario n.52 Marsala-Petrosino accrediterà le somme al Comune di Marsala o al Comune di Petrosino, per l'erogazione dell'assegno mensile ai beneficiari. Il sostegno economico decorrerà dalla data di presentazione dell'istanza e verrà erogato per un biennio.

Il beneficiario potrà ricevere il sostegno economico dal Comune di residenza, **solo ed esclusivamente a seguito trasferimento delle somme da parte dell'Assessorato Regionale al Distretto n. 52 –Marsala -Petrosino**

Il Soggetto, pertanto, non avrà nulla a pretendere dal Distretto Socio-Sanitario n.52-Marsala-Petrosino se le risorse finanziarie non verranno trasferite dall'Assessorato Regionale.

Gli interessati possono ritirare il modulo, ricevere eventuali informazioni e consegnare le istanze presso:

**-Comune di Marsala Ufficio di Segretariato Sociale e Protocollo** sito in via Falcone n.5 in Marsala, nei giorni di Lunedì, Mercoledì e Venerdì dalle ore 9,00 alle ore 12,30 e Martedì e Giovedì dalle ore 15.30 alle ore 17.00;

**-Comune di Petrosino- Ufficio Servizio Sociale e Protocollo** - sito in via X Luglio, nei giorni di Lunedì, Mercoledì e Venerdì dalle ore 9,00 alle ore 12,30 e Martedì e Giovedì dalle ore 15.30 alle ore 17.00

Inoltre, il presente avviso ed il modulo di domanda potranno essere scaricati dai seguenti siti internet:- [www.comune.marsala.tp.it](http://www.comune.marsala.tp.it), [www.comune.petrosino.tp.it](http://www.comune.petrosino.tp.it).

**Responsabile del procedimento amministrativo: Sig.ra Fici**

**Responsabile Tecnico: Ass. Soc. Maria Rosa Li Vigni**

Marsala lì 25/05/2012

**F.to Il Dirigente Cood. DSS 52  
Dott.ssa Rosa Adamo**

**F.to Il Dirigente del Comune Capofila  
Dott. L. Aldo Scialabba**

**SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO**

ISTANZA PRESENTATA DA \_\_\_\_\_

PERVENUTA IL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ PROT. N. \_\_\_\_\_

TIPOLOGIA DI INTERVENTO ' sostegno economico al familiare che si prende cura di un soggetto affetto da "SLA"

Trasmessa al responsabile del procedimento amministrativo dell'Ufficio Piano del Distretto n.52- Marsala-Petrosino

IL----- PROT. N. \_\_\_\_\_

**COMUNE DI .....**

**SERVIZIO SOCIALE**

**Via .....**

**OGGETTO:** istanza di ammissione per l'erogazione di un sostegno economico, volto al riconoscimento del lavoro di cura del familiare-caregiver, quale referente che si prende cura di un soggetto affetto da (SLA). **Avviso Pubblico del 25/05/2012**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_, presa visione e accettato quanto contenuto nell'Avviso Pubblico del 25/05/2012, in qualità di familiare convivente che si prende cura dell'assistenza al Sig./ra \_\_\_\_\_, affetto/a da (SLA),

**Chiede**

di essere ammesso/a al beneficio economico di cui all'oggetto e, a tal fine,

**Dichiara**

sotto la propria responsabilità e ai sensi del D.P.R. 445/2000,

- Di essere nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,
- Di essere residente a \_\_\_\_\_ nella via/c.da/p.zza/v.lo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_
- Che il proprio recapito telefonico è il seguente: \_\_\_\_\_
- Che il proprio Codice fiscale è il seguente: \_\_\_\_\_
- Di convivere con il Sig./ra \_\_\_\_\_, affetto/a da "SLA", e di prendersi cura della sua assistenza;

- Che il familiare convivente, \_\_\_\_\_, affetto da “SLA” è nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ ed è residente in \_\_\_\_\_ via/c.da/p.zza/v.lo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale : \_\_\_\_\_

☐ Che il proprio stato di famiglia è così composto :

NOME E COGNOME	DATA E LUOGO DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA

- Di avere preso visione dell’avviso pubblico e di accettare le prescrizioni ivi indicate

<p>INFORMATIVA AI SENSI DEL DECRETO LEGISLATIVO 30 GIUGNO 2003, N. 196 “CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI”</p> <p>Per trattamento dei dati personali si intende la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la conservazione, l'elaborazione, la modificazione, l'utilizzo, la comunicazione, la diffusione e la cancellazione delle informazioni riguardanti i soggetti di riferimento.</p> <p>In ottemperanza a quanto disposto dall'art. 13 D. Lgs. 196/2003, si informa che i dati forniti sono trattati su supporto cartaceo e informatico ai soli fini dello svolgimento degli adempimenti connessi alla presente richiesta. Titolare è il Comune di Marsala ed il Comune di Petrosino.</p> <p>L'interessato/a ha diritto all'aggiornamento dei dati e ad opporsi per motivi legittimi al trattamento, oltre agli altri diritti indicati all'art. 7 del D.Lgs. N. 196/2003 “diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti”.</p> <p>L'Amministrazione comunale può utilizzare i dati contenuti nella presente istanza esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (D. LGS. n. 196 del 30/5/2003 “Codice trattamento dati personali”).</p> <p>Pertanto, il/la sottoscritto/a dichiara di aver ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del D.Lgs. N. 196/2003 e di aver preso atto dei diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. medesimo, ed esprime il proprio consenso al trattamento e alla comunicazione dei propri dati qualificati come personali e sensibili, per le finalità di cui alla presente istanza.</p> <p style="text-align: right;">Firma del Richiedente</p> <p>-----li-----</p>
---

**Allega alla presente:**

- 1) fotocopia del documento d'identità in corso di validità del familiare\ caregiver che sottoscrive l'istanza.  
**(la mancata presentazione del documento e/o sottoscrizione dell'istanza determinano l'esclusione)**
- 2) certificazione rilasciata dal medico curante che attesti la diagnosi di (SLA) in capo al soggetto che si assiste.  
**(la mancata presentazione del certificato determina l'esclusione)**

- | certificazione dei Centri di riferimento Regionali, che documenti la diagnosi e certifichi lo stadio della malattia (SLA) in capo al soggetto che si assiste.  
**(la mancata presentazione del certificato determina l'esclusione)**
- | copia del codice IBAN del beneficiario
- | copia del codice fiscale del richiedente e dell'assistito

**Data .....**

**Il familiare-caregiver**

---