

## COMUNE DI RUOTI

(Provincia di Potenza)

- Via Grande Fontana Bona, n.53- c.a.p.85056 - C.F.: 80002470765-P.I.: 00292060761; Codice Istat: H641-  
Sito Istituzionale: [www.comune.ruoti.pz.it](http://www.comune.ruoti.pz.it) PEC: [comune.ruoti@ruoti.gov.it](mailto:comune.ruoti@ruoti.gov.it)

### **AMBITO SOCIO-TERRITORIALE MARMO PLATANO MELANDRO**

#### **AVVISO PUBBLICO**

#### **IL SINDACO**

#### **Rende noto**

che, ai sensi e per gli effetti della Deliberazione della Giunta Regionale n. 256 del 12/03/2013, i cittadini interessati possono fare richiesta di concessione di

#### **CONTRIBUTO ECONOMICOPER L'ASSISTENZA AI MALATI DI SLA**

secondo le indicazioni e le modalità specificate nel presente Avviso.

#### **1. FINALITÀ DEL CONTRIBUTO ECONOMICO**

Il contributo economico è un intervento mirato ad assicurare un'adeguata assistenza al domicilio della persona affetta da SLA (Sclerosi Laterale Amiotrofica), evitando il ricorso precoce o incongruo al ricovero in strutture residenziali e favorendo il mantenimento della persona malata di SLA nel proprio ambiente di vita e di relazioni sociali.

Il contributo economico viene concesso per interventi:

- rivolti alla famiglia che presta direttamente assistenza al proprio familiare malato di SLA (Contributo di tipo A);
- rivolti alla persona malata di SLA o alla sua famiglia che si avvale, a titolo oneroso, di familiari o di assistenti familiari, nell'ottica della conciliazione tra lavoro, impegno e attività di cura e realizzazione della vita personale (Contributo di tipo B).

#### **2. REQUISITI SOGGETTIVI DEI RICHIEDENTI**

Possono accedere ai benefici previsti dalla D.G.R. n. 256 del 12/03/2013 le personemalate di SLA che

- siano residenti in Basilicata da almeno 6 mesi;
- siano in possesso della certificazione medica comprovante la diagnosi di Sclerosi Laterale Amiotrofica e lo stato di fragilità/compromissione dell'autonomia personale;
- siano già inserite nel percorso assistenziale per le malattie neuromuscolari di cui alla D.G.R. n. 463 del 24 aprile 2012.

È, inoltre, destinataria dei contributi economici la famiglia che assicura al proprio familiare malato di SLA con le caratteristiche sopra descritte, la necessaria assistenza al domicilio, sia direttamente che attraverso l'impiego a titolo oneroso di assistenti familiari.

Per essere destinatari del contributo economico di tipo A, i familiari devono essere in rapporto di

effettiva convivenza con la persona affetta da SLA, ovvero garantire una presenza a casa della stessa in relazione alle sue necessità.

La persona malata di SLA è comunque identificata quale beneficiario finale del contributo oggetto del presente avviso.

### 3. ENTITÀ DEL CONTRIBUTO

L'entità del contributo economico è stabilita in base a due variabili:

- la stadiazione della malattia;
- il ricorso o meno ad un aiuto a titolo oneroso.

STADIO	CONTRIBUTO MENSILE IN <u>PRESENZA</u> DI RICORSO AD UN AIUTO A TITOLO ONEROSO
A	€ 500,00
B	€ 1.200,00
C	€ 2.300,00
D	€ 3.000,00

STADIO	CONTRIBUTO MENSILE IN <u>ASSENZA</u> DI RICORSO AD UN AIUTO A TITOLO ONEROSO
A	€ 250,00
B	€ 600,00
C	€ 1.150,00
D	€ 2.000,00

Il contributo è concesso su base mensile e non viene riconosciuto per frazioni di diritto inferiori a 15 giorni nel mese.

Il contributo non è cumulabile con i benefici economici di altri programmi di sostegno alla disabilità quali, senza pretesa di esaustività, l'“Assegno di Cura” di cui alla D.C.R. n. 588 del 28/09/2009, il contributo per persone in “Stato vegetativo” di cui alla D.G.R. n. 1016/2013, il contributo alle persone in condizione di “disabilità gravissima” di cui alle DD.G.R. n. 1037 dell'11/10/2018 e n. 1100 del 30/10/2018, ecc.

Il contributo economico sarà erogato mensilmente, compatibilmente con le risorse disponibili, dal Comune Capofila dell'Ambito Socio-Territoriale attraverso assegno circolare non trasferibile ovvero accreditato su conto corrente bancario.

**Il livello di stadiazione deve essere certificato dal Centro di Riferimento Regionale per le malattie neuromuscolari Hub o Spoke di cui alla D.G.R. n. 463 del 24 aprile 2012.**

### 4. RICHIESTE DI CONTRIBUTO ECCEDENTI I FINANZIAMENTI DISPONIBILI

Nel caso in cui le richieste di contributo eccedessero la disponibilità finanziaria dell'Ambito, avranno priorità le persone malate di SLA con una stadiazione più alta. Nel caso di parità di stadiazione, avranno priorità le persone malate di SLA con un ISEE più basso. Le richieste eccedenti saranno collocate in lista di attesa, stilata secondo i medesimi criteri. Allo scopo di far fronte all'eventualità di cui al presente punto, il Comune di residenza del beneficiario potrà richiedere l'attestazione ISEE per prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria (art. 6 del DPCM 159/2013) o ISEE Minorenni.

### 5. MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

Il richiedente deve compilare per via elettronica la domanda di contributo economico, il cui modello è presente negli allegati A e B del presente Avviso, servendosi dell'apposito modello di domanda informatico disponibile sul portale regionale <http://sla.regione.basilicata.it> o rivolgendosi all'Ufficio

Sociale del Comune di residenza.

La domanda compilata on line dovrà essere stampata in triplice copia utilizzando la funzione stampa finale del sistema telematico.

Le tre copie firmate dal solo richiedente, corredate dalla documentazione richiesta, risultante dalla compilazione del formulario elettronico, devono essere consegnate a mano o per PEC-Posta Elettronica Certificata al Comune di residenza della persona malata di SLA entro n. 30 (TRENTA) giorni dalla pubblicazione del presente avviso che continuerà a rimanere valido anche dopo tale data compatibilmente con la disponibilità di risorse finanziarie. Per le domande consegnate a mano farà fede il timbro e data di accettazione del Comune di residenza.

La domanda non sarà accettata se:

- non risulterà compilata attraverso il sistema informatico;
- risulterà stampata in versione bozza;
- risulterà modificata e/o integrata a mano.

Il richiedente può presentare domanda per una sola delle tipologie di contributo. Alla domanda va allegata la seguente documentazione:

- certificazione medica comprovante la diagnosi di Sclerosi Laterale Amiotrofica e lo stato di fragilità/compromissione dell'autonomia personale;
- attestazione di inserimento nel percorso assistenziale per le malattie neuromuscolari di cui alla D.G.R. n. 463 del 24 aprile 2012, rilasciata dal Centro di Riferimento Hub o Spoke di cui alla medesima D.G.R.;
- autocertificazione, ai sensi del DPR 445/2000, dello stato di famiglia storico antecedente non meno di 6 mesi dalla data di approvazione della D.C.R. n. 256 del 12/03/2013;
- autocertificazione, ai sensi del DPR 445/2000, che attesti l'assistenza diretta al proprio familiare (Contributo di tipo A) o l'intenzione di avvalersi, a titolo oneroso, di uno o più assistenti familiari o familiari (Contributo di tipo B);
- dichiarazione relativa al rapporto contrattuale con uno o più familiari o assistenti familiari (solo nel caso la persona non autosufficiente sia già assistita da familiari o assistenti familiari e richieda l'contributo di tipo B).

## **6. DEFINIZIONE DELL'ELENCO DEI BENEFICIARI**

Il Comune di residenza della persona affetta da SLA, ricevute le domande, ne verifica l'ammissibilità e stila l'elenco dei beneficiari del proprio Comune, indicando i dati delle priorità riportate nel precedente punto 4 del presente avviso (stadiazione della malattia e ISEE del richiedente), entro 15 giorni dalla scadenza dell'avviso. L'elenco dei beneficiari ammessi, con le indicazioni di ognuno di essi della stadiazione della malattia e ISEE del richiedente, viene trasmesso al Comune capofila dell'Ambito Socio Territoriale di appartenenza, il quale stila ed approva l'elenco di Ambito dei beneficiari, comprensivo dell'eventuale lista di attesa, dandone comune ai comuni interessati.

## **7. PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALIZZATO**

Il Servizio Sociale del Comune di residenza dei singoli beneficiari, entro 10 giorni dalla pubblicazione dell'elenco provvisorio, contatta consultivamente il Centro Spoke per la SLA-Coordinamento Cure Domiciliari e Palliative territorialmente competente, di cui alla D.G.R. n. 463 del 24 aprile 2012, per procedere alla stesura del Piano di Assistenza Individualizzato con le modalità descritte al successivo punto 8 sulla base di quello già predisposto dal Centro di Riferimento.

Nel PAI deve essere presente la certificazione del livello di stadiazione rilasciata dal Centro di Riferimento Regionale Hub o Spoke per le malattie neuromuscolari di cui alla D.G.R. n. 463 del 24 aprile 2012. Il PAI sarà redatto ed approvato entro e non oltre 40 giorni dall'approvazione dell'elenco dei beneficiari.

La mancata sottoscrizione del PAI entro i termini prescritti comporterà la sospensione dell'erogazione del contributo economico. L'erogazione del contributo economico sarà riattivata dal mese successivo all'avvenuta firma. La firma del PAI non dà luogo al riconoscimento di arretrati in caso di subentro a

seguito di esclusione di un beneficiario.

## 8. PRESA IN CARICO

Sulla base dell'elenco provvisorio dei beneficiari di cui al precedente punto 7 il Servizio sociale del comune di residenza competente attiva il procedimento di "presa in carico" del beneficiario attraverso la definizione e l'approvazione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) che diviene la condizione necessaria per l'erogazione del contributo economico.

La presa in carico deve risultare attiva nel sistema informativo del Programma regionale entro il giorno 10 del mese successivo all'approvazione del PAI. Il Comune Capofila dell'Ambito Socio-Territoriale verifica lo stato della presa in carico e trascorso tale termine, se questa non risulta attivata sul sistema informativo regionale, sollecita i Comuni di residenza per avviare le procedure di "presa in carico".

Alla definizione ed alla gestione del PAI concorrono, oltre al Servizio Sociale comunale competente di residenza, anche la famiglia ed altri soggetti interessati od interessabili.

Responsabile del PAI è un Case Manager individuato nella figura dell'assistente sociale del Servizio sociale del comune di residenza.

Il Case Manager cura le diverse fasi della presa in carico che riguardano la valutazione, la redazione del piano di assistenza individualizzato e la rivalutazione, svolgendo il ruolo di raccordo tra gli attori delle suddette fasi e con altri soggetti di volta in volta interessati od interessabili alle medesime.

Il Case Manager verifica, inoltre, l'eventuale sopravvenienza delle cause di esclusione o di sospensione del beneficio indicate al successivo punto 9.

Il Piano di Assistenza Individualizzato è predisposto dal Servizio Sociale comunale competente, attraverso il Case Manager e deve contenere:

- gli obiettivi generali ed obiettivi specifici, riferiti questi ultimi ai diversi attori del progetto;
- la durata prevista;
- il programma degli interventi;
- il livello di stadiazione certificato dal Centro di Riferimento Regionale Hub oppure Spoke per le malattie neuromuscolari di cui alla D.G.R. n. 463 del 24 aprile 2012;
- i vincoli negoziati tra le parti;
- gli impegni della famiglia del beneficiario, se esistente o del "caregiver";
- la responsabilità dei singoli operatori dei servizi della rete per l'attuazione del programma degli interventi;
- i bisogni formativi e/o di addestramento dei caregivers.

Il Piano di Assistenza Individualizzato va aggiornato almeno ogni 4 mesi, in base alle condizioni generali del paziente e della sua famiglia e in tempo utile per valutare le possibili variazioni del percorso assistenziale, nonché in considerazione dell'eventuale variazione del livello di stadiazione certificato dal Centro di Riferimento Regionale per le malattie neuromuscolari di cui alla D.G.R. n. 463 del 24 aprile 2012.

Ad ogni aggiornamento del PAI da parte del Servizio Sociale del Comune di residenza del beneficiario, sarà possibile modificare la tipologia di contributo da "A" a "B".

Mensilmente per le domande di tipo "B" il referente comunale potrà comunicare che per una determinata mensilità il beneficiario non è in grado di produrre la documentazione comprovante l'ausilio di un sostegno a titolo oneroso (BUSTA PAGA E/O BONIFICO ALL'ASSISTENTE) e pertanto riceverà il contributo di importo pari alla domanda di tipo "A" per lo stesso livello di stadiazione.

## 9. GESTIONE DELL'ELENCO DEI BENEFICIARI

L'elenco di Ambito dei beneficiari diventa definitivo dopo la firma del PAI.

Il diritto dei beneficiari al contributo economico decorre dal mese di presentazione della domanda. In caso di subentro il diritto del beneficiario subentrato decorre dal mese di sottoscrizione del PAI.

Le domande che perverranno dopo la scadenza fissata nell'Avviso Pubblico saranno comunque ricevute dal Comune di residenza, e gestite nelle stesse modalità di cui al punto 6 del presente avviso.

Le eventuali variazioni dell'elenco dei beneficiari da parte dei Comuni di residenza degli stessi dovranno essere registrate ed inviate tramite il sistema informativo del programma entro il giorno 10 di ogni mese al rispettivo Comune Capofila dell'Ambito Socio-Territoriale in tempo utile perché quest'ultimo possa

predisporre i pagamenti. Le variazioni apportate successivamente saranno considerate dal mese successivo.

L'eventuale documentazione cartacea relativa alle variazioni intervenute dovrà essere inviata, immediatamente dopo tale registrazione nel sistema, al Comune Capofila.

#### **10. CAUSE DI ESCLUSIONE O DI SOSPENSIONE**

Il ricovero in struttura residenziale o sanitaria di durata superiore a due mesi è causa di sospensione dell'erogazione del contributo economico per la durata del ricovero fino a complessivi quattro mesi.

Il diritto al contributo cessa con l'inserimento definitivo o di durata superiore a quattro mesi in struttura residenziale o sanitaria, con il trasferimento al di fuori del territorio regionale, con il decesso o con il venir meno di una delle condizioni di ammissibilità.

Sono applicabili a questo intervento economico anche le cause di esclusione o di sospensione previste per l'indennità di accompagnamento.

Il beneficiario o chi per lui si impegna a comunicare in autocertificazione secondo le normative vigenti qualunque variazione intervenga nei rapporti contrattuali con assistenti familiari e/o cooperative sociali. La comunicazione di tali eventi deve avvenire entro 15 giorni al Comune di residenza.

#### **11. INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

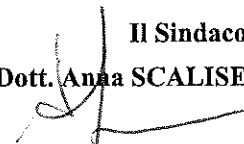
*(AI SENSI DELL'ART. 13 REG. UE 2016/679 – REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI E DEL CODICE DELLA PRIVACY ITALIANO, COME MODIFICATO DAL D.LGS. 101/2018)*

I dati raccolti, nell'ambito del procedimento di cui al presente avviso, saranno trattati, anche con strumenti informatici, dal Comune di Picerno ( in qualità di Ente capofila) e dal Comune di residenza del beneficiario, per lo svolgimento delle funzioni istituzionali, nel rispetto di quanto stabilito dal Decreto Leg.vo n. 196/2003

(Codice in materia di protezione dei dati personali) e dal regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali n. 679/2016 ( DGPR).

*Ruoti, 31 marzo 2021*

**Il Sindaco**  
**Dott. Anna SCALISE**



# CONTRIBUTO ECONOMICO PER L'ASSISTENZA AI MALATI DI SLA - TIPO "A"

(supporto alla famiglia che presta direttamente assistenza al proprio familiare malato di SLA)

## Schema di domanda

Al Sig. Sindaco del Comune di _____	prot. n° _____
_____	del _____
(Riservato all'Ufficio)	

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
 indirizzo \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_  
 in qualità di \_\_\_\_\_ (titolare, familiare/tutore/curatore/amministratore di sostegno)

fa domanda di contributo economico per l'assistenza ai malati di SLA - tipo "A"

(la parte sottostante è da compilare soltanto nel caso in cui il richiedente è persona diversa dal titolare)

Per il Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
 indirizzo \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_

A tal fine, il sottoscritto

## DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del D.P.R. 445/2000

### 1. Dati generali

- che la persona interessata, per quanto nelle proprie capacità, e le altre persone componenti della sua famiglia sono informate e consenzienti circa la presentazione della presente domanda e le informazioni in essa contenute;
- l'impegno della famiglia a garantire le risorse umane necessarie ad assicurare adeguata assistenza a favore del proprio familiare malato di SLA presso il suo domicilio;
- l'impegno a presentare certificazione ISEE della persona malata di SLA i cui redditi siano riferiti all'ultima dichiarazione dei redditi presentata, soltanto nel caso in cui ricorrano le condizioni di cui al punto 4 dell'Avviso Pubblico;
- di essere a conoscenza che la mancata presentazione della certificazione ISEE, comporta l'esclusione dal beneficio;
- che la persona di riferimento è:

Signor/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
 nato/a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
 indirizzo \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_

### 3. Modalità di riscossione

Il sottoscritto/a sollevando l'Ente da ogni responsabilità

**chiede che la liquidazione del contributo economico venga effettuata con la seguente modalità:**

- Assegno non trasferibile
- Accreditamento bancario, su istituto di credito

\_\_\_\_\_ IBAN  
 \_\_\_\_\_

Intestato a		
Richiedente	Beneficiario	Persona di riferimento
■	■	■

### 4. Comunicazione variazioni

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente al Servizio Sociale comunale, entro i 15 giorni dal verificarsi dell'evento e comunque ogni qual volta il Servizio Sociale lo richieda, le variazioni intervenute rispetto ai dati comunicati nella presente domanda.

In particolare si comunicheranno i seguenti eventi riguardanti la persona affetta da SLA:

- l'ingresso in una struttura residenziale o sanitaria ed il relativo periodo di permanenza;
- il decesso;
- il cambiamento di indirizzo di residenza o di domicilio;

In fede

Luogo, \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_  
 (firma leggibile)

Allega:

certificazione medica comprovante la diagnosi di Sclerosi Laterale Amiotrofica e lo stato di fragilità/compromissione dell'autonomia personale;  
 copia del certificato di invalidità e accompagnamento (se presenti)  
 attestazione di inserimento nel percorso assistenziale per le malattie neuromuscolari di cui alla D.G.R. n. 463 del 24 aprile 2012, rilasciata dal Centro di Riferimento Hub oppure Spoke di cui alla medesima D.G.R.;  
 autocertificazione dello stato di famiglia storico antecedente non meno di 6 mesi dalla data di pubblicazione dell'Avviso;  
 autocertificazione che attesti l'assistenza diretta al proprio familiare (Contributo di tipo A);  
 documento di identità valido del dichiarante;  
 copia del provvedimento di nomina del tutore, curatore, amministratore di sostegno.

### Informativa relativa al trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 GDPR - Regolamento generale sulla protezione dei dati - e del codice della privacy italiano, come modificato dal d.lgs 101/2018, i dati personali forniti dai richiedenti saranno raccolti e trattati con o senza

Allegato 2

ausilio di mezzi elettronici, secondo quanto indicato nell'informativa dell'avviso stesso di cui il sottoscritto dichiara la presa visione ed accettazione.

In Fede

Data \_\_\_\_\_

Il Dichiarante

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)



# CONTRIBUTO ECONOMICO PER L'ASSISTENZA AI MALATI DI SLA - TIPO "B"

(supporto alla famiglia che intende avvalersi a titolo oneroso di familiari o assistenti familiari)

## Schema di domanda

Al Sig. Sindaco del Comune di _____	prot. n° _____
_____	del _____
(Riservato all'Ufficio)	

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
 indirizzo \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_  
 in qualità di \_\_\_\_\_ (titolare, familiare/tutore/curatore/amministratore di  
 sostegno)

*fa domanda di contributo economico per l'assistenza ai malati di SLA - tipo "B"*

*(la parte sottostante è da compilare soltanto nel caso in cui il richiedente è persona diversa dal titolare)*

Per il Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
 indirizzo \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_

A tal fine, il sottoscritto

## DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del D.P.R. 445/2000

### 1. Dati generali

- a. che la persona interessata, per quanto nelle proprie capacità, e le altre persone componenti della sua famiglia sono informate e consenzienti circa la presentazione della presente domanda e le informazioni in essa contenute;
- b. che la famiglia:
- intende avvalersi, a titolo oneroso, di familiari o di uno o più assistenti familiari;
- ovvero
- sostiene gli oneri per l'assistenza alla persona malata di SLA sopra indicata da parte di familiari o di uno o più assistenti familiari come al successivo punto 2;
- c. l'impegno a presentare certificazione ISEE della persona malata di SLA i cui redditi siano riferiti all'ultima dichiarazione dei redditi presentata, soltanto nel caso in cui ricorrano le condizioni di cui al punto 4 dell'Avviso Pubblico;

Allegato 3

d. di essere a conoscenza che la mancata presentazione della certificazione ISEE, comporta l'esclusione dal beneficio;

e. che la persona di riferimento è:

Signor/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
 indirizzo \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**2. Dati relativi al familiare o all'assistente familiare**

**A. Familiare o Assistente familiare assunto/a dalla famiglia**

1. Il familiare/L'assistente familiare \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_, iscritto/a all'INPS con matr. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, categoria o qualifica \_\_\_\_\_, è stato/a assunto/a da un familiare con regolare contratto di lavoro per lo svolgimento di funzioni assistenziali nei confronti della persona malata di SLA indicata in precedenza:  
 - per n° \_\_\_\_\_ ore settimanali di assistenza per il periodo dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**B. Familiare o Assistente familiare pagato/a per il tramite di enti terzi**

1. Il familiare/L'assistente familiare \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_, regolarmente assunto/a dalla Ditta (*ragione sociale*) \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_, avente sede legale a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_, iscritta al Registro Regionale \_\_\_\_\_ (*cooperative sociali, ecc.*) ovvero nel Registro C.C.I.A.A. nella posizione n° \_\_\_\_\_, per il quale il familiare del beneficiario sostiene il costo, come da dichiarazione allegata, per lo svolgimento di funzioni assistenziali nei confronti della persona malata di SLA indicata in precedenza:  
 - per n° \_\_\_\_\_ ore settimanali di assistenza per il periodo dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**3. Modalità di riscossione**

Il sottoscritto/a sollevando l'Ente da ogni responsabilità

**chiede che la liquidazione del contributo economico venga effettuata con la seguente modalità:**

- Assegno non trasferibile
- Accreditamento bancario, su istituto di credito

\_\_\_\_\_ IBAN \_\_\_\_\_

**Intestato a**

Richiedente	Beneficiario	Persona di riferimento
■	■	■

**4. Comunicazione variazioni**

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente al Servizio Sociale comunale, entro i 15 giorni dal verificarsi dell'evento e comunque ogni qual volta il Servizio Sociale lo richieda, le variazioni intervenute rispetto ai dati comunicati nella presente domanda.

In particolare si comunicheranno i seguenti eventi riguardanti la persona affetta da SLA:

## Allegato 3

- a) l'ingresso in una struttura residenziale o sanitaria ed il relativo periodo di permanenza;
- b) il decesso;
- c) il cambiamento di indirizzo di residenza o di domicilio;
- d) le variazioni contrattuali relative ai familiari o agli assistenti familiari (licenziamento, variazione orario, sostituzione della persona, ecc.)

In fede

Luogo, \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)

Allega:

- certificazione medica comprovante la diagnosi di Sclerosi Laterale Amiotrofica e lo stato di fragilità/compromissione dell'autonomia personale (Allo scopo può bastare una certificazione già a disposizione del richiedente, quale, ad esempio, il verbale di invalidità civile);
- copia del certificato di invalidità e accompagnamento (se presenti)
- attestazione di inserimento nel percorso assistenziale per le malattie neuromuscolari di cui alla D.G.R. n. 463 del 24 aprile 2012, rilasciata dal Centro di Riferimento Hub oppure Spoke di cui alla medesima D.G.R.;
- autocertificazione dello stato di famiglia storico antecedente non meno di 6 mesi dalla data di pubblicazione dell'Avviso;
- autocertificazione che attesti l'intenzione di avvalersi di familiari o uno o più assistenti familiari (Contributo di tipo B);
- dichiarazione relativa al rapporto contrattuale con familiari o uno o più assistenti familiari;
- documento di identità valido del dichiarante;
- copia del provvedimento di nomina del tutore, curatore amministratore di sostegno.

***Informativa relativa al trattamento dei dati personali***

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 GDPR - Regolamento generale sulla protezione dei dati - e del codice della privacy italiano, come modificato dal d.lgs 101/2018, i dati personali forniti dai richiedenti saranno raccolti e trattati con o senza ausilio di mezzi elettronici, secondo quanto indicato nell'informativa dell'avviso stesso di cui il sottoscritto dichiara la presa visione ed accettazione.

In Fede

Data \_\_\_\_\_

Il Dichiarante

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)