

**Istanza di sostegno economico volto al riconoscimento del lavoro di cura del familiare-caregiver, ai sensi dell'Allegato al D.A. 384 del 24.02.5015**

Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi dell'art. 47 del DPR 28.12.200, n. 445

Al Comune di \_\_\_\_\_  
Ufficio di Servizio Sociale

Il sottoscritto ..... nato a ..... il  
..... e residente in via/piazza ..... n..... comune di  
..... CAP .....- Prov. Enna - tel. ....- C.F.  
.....

In qualità di:

- Genitore
- Altro familiare (specificare..... )

del/la Sig./Sig.ra Cognome e nome .....

nato a ..... il ..... e residente in.....

via/piazza ..... n..... Comune di.....

CAP..... Prov..... telefono.....

che risulta affetto da SLA.

Chiede

La concessione dell'assegno di sostegno, previsto dal D.A. 384 del 24.2.2015, volto al riconoscimento del lavoro di cura del familiare-caregiver, in sostituzione di altre figure professionali, in quanto persona affetta da patologia sopra indicata.

Al fine del riconoscimento del contributo economico

Dichiara

Che al familiare affetto da SLA, residente nel Comune di \_\_\_\_\_, vengono assicurate prestazioni di cure, assistenza ed aiuto alla persona in relazione alle condizioni vissute in autonomia all'interno della famiglia.

Allega alla presente istanza:

- 1) Certificazione rilasciata dal medico curante che ne attesti la diagnosi;
- 2) Certificazione dei Centri di Riferimento Regionali che documentino la diagnosi e certifichino lo stadio della malattia;
- 3) Autocertificazione stato di famiglia.
- 4) IBAN del caregiver ai fini dell'accREDITAMENTO del contributo;

Il/la sottoscritto/a dichiara che nessun altro componente il proprio nucleo familiare ha inoltrato istanza per la concessione dell'assegno di sostegno e di essere consapevole che il beneficio decade dopo due mesi in caso di decesso e della decadenza per dichiarazioni rese non veritiere punibili ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Data .....

.....  
firma