

Modulo per la domanda
(compilazione da parte del diretto interessato)

**AL DIRETTORE DELL'AZIENDA
SANITARIA TERRITORIALE
di _____**

Oggetto: Istanza di accesso al contributo per il riconoscimento e valorizzazione del lavoro di cura del familiare-caregiver che assiste persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) - ANNO 2024, ai sensi della DGR n. 384 del 18.03.2024.

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ Via _____ n. _____
Codice Fiscale _____ tel. _____
cell. _____ e-mail _____

Ai sensi degli artt. 46, 47, 76 e 77 del DPR 445/2000, e consapevole che le false dichiarazioni, le falsità negli atti e l'esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti al vero sono puniti ai sensi del codice penale e dalle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di aver ottenuto il riconoscimento di disabilità in situazione di gravità, ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della L.104/1992, rilasciato dalla Commissione Sanitaria dell'Azienda Sanitaria Territoriale di _____ in data _____;
- di essere in possesso della diagnosi "definitiva"/ "probabile" di Sclerosi Laterale Amiotrofica rilasciata da _____ in data _____;
- di aver beneficiato nell'anno 2023 del contributo in favore delle persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA);
- che non beneficerà di uno dei contributi relativi agli interventi sostenuti con risorse FNA ("Assegno di cura" - "Disabilità gravissima" - "Progetti per la vita indipendente");
- di non beneficiare del contributo previsto per il progetto "Vita indipendente" di cui alla L.R. 21/2018;

- che non beneficerà del contributo relativo all'intervento rivolto al familiare-caregiver che assiste un familiare di età compresa tra 0 e 25 anni affetto da una malattia rara di cui all'Allegato 7 del D.P.C.M. 12 gennaio 2017 e che necessita di ventilazione e/o nutrizione artificiale;
- di non essere ospite di strutture residenziali di qualsiasi tipo autorizzate, accreditate e convenzionate pubbliche o private;

CHIEDE

di poter accedere al contributo per il riconoscimento e valorizzazione del lavoro di cura del familiare-caregiver che assiste persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) per l'anno 2024, ai sensi della DGR n. 384 del 18.03.2024.

Data e luogo _____

(firma)

ALLEGATI ALLA DOMANDA:

- copia diagnosi di SLA*;
- copia dell'attestazione di disabilità con gravità*;
- eventuale dichiarazione del Medico di Medicina Generale che attesti la data della tracheostomizzazione**;
- fotocopia di un documento di identità in corso di validità del richiedente.

*La documentazione non va allegata da parte di coloro che hanno già beneficiato del contributo nell'anno 2023.

.

** Solo per coloro per i quali sia intervenuto un processo di tracheostomizzazione.