



CITTA' DI ARICCIA
Città Metropolitana di Roma Capitale

CAPOFILA DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 2 ROMA 6

Comuni di Albano Laziale, Ariccia, Castel Gandolfo, Genzano di Roma, Lanuvio, Nemi,
ASL RM 6 – Distretto Sanitario 2 e Città Metropolitana di Roma Capitale

Al Comune di Ariccia
Ufficio di Piano del
Distretto Socio-Sanitario 2 RM6

DOMANDA per gli interventi in favore di persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica "SLA" ai sensi della DGR 233/2012 e Determinazione Dirigenziale Regione Lazio n. G17471 del 31.12.2015

Il/La sottoscritto/a (Cognome e Nome) _____
nato/a _____ Prov.(____) _____
residente a _____ Via _____ n. _____
recapiti telefonici _____ e-mail _____

OVVERO

Il/La sottoscritto/a (Cognome e Nome) _____
Nato/a a _____ Prov. (____) il _____
Residente a _____ Via _____ n. _____
recapiti telefonici _____ e-mail _____
C.F. _____ stato civile _____

In qualità di:

- TUTORE**
- CURATORE**
- FAMILIARE**

Del Sig./Sig.ra :

Cognome _____ Nome _____
Nato/ a _____ Prov. (____) il _____
Residente a _____ via _____ n. _____
Recapiti telefonici _____ e-mail _____
C.F. _____ stato civile _____

Affetto da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA)

CHIEDE

Di essere ammesso al beneficio previsto dalla normativa in oggetto, nei termini e alle condizioni stabilite con la Deliberazione della Giunta Regionale e della Determinazione Dirigenziale di riferimento.

INTERVENTO RICHIESTO

Il programma di intervento prevede l'accesso **ad uno** dei seguenti programmi di aiuto alla persona:

- **assistenza domiciliare indiretta attraverso assunzione di assistenti familiari;**
- **rimborso al familiare caregiver** (in misura del 50% dell'importo massimo riferito a ciascun livello di stadiazione della malattia).

DICHIARA

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 per le ipotesi di falsità in atto e di dichiarazioni mendaci e a conoscenza del fatto che saranno effettuati controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese agli effetti dell'applicazione delle disposizioni previste dall'art. 48-bis del D.P.R. 29 settembre 1973, n. 602:

- Di essere affetto/a da SLA, ovvero che la persona per la quale viene richiesto il programma di intervento è affetta da SLA come da certificazione sanitaria;
- Di essere a conoscenza e di accettare il piano di intervento predisposto in suo favore;
- Di impegnarsi, nel caso di prestazioni rese in **forma indiretta** attraverso assunzione di assistenti familiari, opportunamente formati, a regolarizzare il rapporto con i propri assistenti personali mediante contratto di lavoro, nel rispetto della normativa vigente, con stipula di apposita polizza assicurativa RCT, in favore degli stessi, sollevando il Distretto Socio-Sanitario da ogni onere e responsabilità relativamente all'osservanza di disposizioni di legge e regolamenti e per qualsiasi azione ed omissione;
- Di impegnarsi a presentare, con scadenza stabilita dal Distretto Socio-Sanitario, una rendicontazione delle spese sostenute per l'assunzione dell'operatore opportunamente documentate;
- Di essere a conoscenza che in caso di ricovero in RSA, in *Hospice* o ricovero di sollievo il contributo spettante all'utente sulla base del PAI concordato, viene sospeso per essere ripristinato una volta conclusasi la fase del ricovero;
- Di essere a conoscenza che il contributo non potrà essere in alcun modo alternativo agli interventi sanitari domiciliari garantiti ai cittadini in base alle vigenti disposizioni normative vigenti, ed è assolutamente integrativo rispetto agli interventi socio sanitari già in atto e previsti nei PAI;
- Di autorizzare ai sensi del D.Lgs.196/2003, il trattamento dei dati personali forniti per le finalità previste nel presente documento che saranno trattati anche con strumenti informatici.

ALLEGA

- 1- Copia di certificazione rilasciata da un Presidio/Centro di riferimento regionale (Policlino A.Gemelli o Azienda Ospedaliera S.Filippo Neri di Roma) che documenti la diagnosi e certifichi la stadiazione della malattia;
- 2- autocertificazione della situazione familiare con l'indicazione dei componenti resa ai sensi dell'art.47 del DPR 445/2000;
- 3- dichiarazione sottoscritta dal beneficiario di individuazione del familiare *caregiver*. In caso di impossibilità di firma da parte del beneficiario, copia della certificazione attestante il familiare individuato quale tutore o curatore o con potere di delega

(data)

(firma)

DICHIARAZIONE DI INDIVIDUAZIONE FAMILIARE CAREGIVER

Il sottoscritto/a (Cognome e Nome) _____
nato/a _____ Prov.(____) il _____
residente a _____ Via _____ n. _____
recapiti telefonici _____ e-mail _____
C.F. _____ stato civile _____
affetto/a da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) come da certificazione sanitaria allegata

OVVERO

Il/La sottoscritto/a (Cognome e Nome) _____
Nato/a a _____ Prov. (____) il _____
Residente a _____ Via _____ n. _____
recapiti telefonici _____ e-mail _____
C.F. _____ stato civile _____

In qualità di:

- TUTORE
- CURATORE
- FAMILIARE

Del Sig./Sig.ra :

Cognome _____ Nome _____
Nato/ a _____ Prov. (____) il _____
Residente a _____ via _____ n. _____
Recapiti telefonici _____ e-mail _____
C.F. _____ stato civile _____
Affetto da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA)

DICHIARA

Di essere stato informato del ruolo e delle funzioni del familiare *caregiver* (che si prende cura per più tempo dell'assistito, svolge una funzione di assistenza diretta alla persona, ed è coinvolto nella sua cura quotidiana);

Di individuare il proprio familiare caregiver nella persona di seguito indicata:

Sig./Sig.ra (Cognome e Nome) _____
Nato/a _____ Prov. (____) il _____
Residente a _____ Prov.(____)
via/Piazza _____
Recapiti telefonici _____ e-mail _____

Di indicare i seguenti riferimenti bancari del Beneficiario o cointestatario del Conto corrente bancario/postale

CODICE IBAN _____

INTESTATARIO C/C (cognome e nome) _____; **luogo e data di nascita** _____ **C.F.** _____

Data, _____

Firma _____