

Oggetto : Assegno di cura e sostegno per persone affette da SLA

Il sottoscritto/a _____
nato a _____ il _____ C.F. _____
residente in via/piazza _____ n. _____
Comune di _____ CAP _____ Prov. _____
telefono _____ (Obbligatorio) cell. _____

In qualità di:

Genitore
 Altro familiare (specificare) _____
del/la Sig./Sig.ra (cognome e nome) _____
nato a _____ il _____ C.F. _____
e residente in via/piazza _____ n. _____
Comune di _____ CAP _____ Prov. _____ telefono _____

Che risulta affetto da SLA.

CHIEDE

la concessione dell'assegno di cura e sostegno, volto al miglioramento della qualità dell'assistenza per le persone affette da SLA e il riconoscimento del lavoro di cura del familiare – caregiver per l'annualità **2016**.
A tal fine

DICHIARA

che al familiare affetto da SLA, residente nel **Distretto 5.3** e precisamente nel **Comune di TIVOLI** 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:

- Certificazione dei Centri di Riferimento Regionale, che documentino la diagnosi e certifichino lo stadio della malattia.
- Autocertificazione della situazione familiare con l'indicazione dei componenti. (mod. A).
- Autocertificazione del caregiver (mod. B).
- Copia del contratto di lavoro e attestato di qualifica nei casi di assistenza prestata da personale esterno alla famiglia.
- Documento di identità in corso di validità del richiedente il contributo (se diverso dal beneficiario);
- Documento di identità in corso di validità del beneficiario del contributo

Il/la sottoscritto/a dichiara, inoltre, 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 in caso di decesso e per dichiarazioni rese non veritiere punibili ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Il Dichiarante

Data _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

DA PRODURRE AGLI ORGANI DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O AI GESTORI DI PUBBLICI SERVIZI.

Il sottoscritto/a _____
nato a _____ il _____ C.F. _____
residente in via/piazza _____ n. _____
Comune di _____ CAP _____ Prov. _____

Dichiara sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze civili, penali ed amministrative previste in caso di dichiarazione false e/o mendaci

Che il proprio nucleo familiare risulta composto da:

n.	Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data nascita	Grado parentela

Il Dichiarante

Data _____

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

AUTOCERTIFICAZIONE DEL CAREGIVER

Il sottoscritto/a _____
nato a _____ il _____ C.F. _____
residente in via/piazza _____ n. _____
Comune di _____ CAP _____ Prov. _____
telefono _____ (Obbligatorio) cell. _____

in qualità di caregiver

del/la Sig./Sig.ra (cognome e nome) _____
nato a _____ il _____
e residente in via/piazza _____ n. _____
Comune di _____ CAP _____ Prov. _____ telefono _____

Affetto/a da patologia SLA, per conto del/della quale percepirà il contributo regionale erogato dal Comune di Tivoli in qualità di capofila del Distretto RM5.3, chiede che:

l'accredito dell'assegno di cura e sostegno per persone affette da SLA, annualità 2016, avvenga sul c/c:

Postale n. _____ IBAN _____

Bancario n. _____ IBAN _____

Intestato a _____

Il Dichiarante

Data _____

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

ULTERIORI DICHIARAZIONI

Il/la sottoscritto/a, i cui dati anagrafici compaiono nell'apposita sezione del presente modulo,

DICHIARA CHE QUANTO AFFERMATO IN OGNI PARTE DELLO STESSO CORRISPONDE AL VERO,

nonché:

- di aver preso piena conoscenza di tutte le norme e condizioni stabilite nell'Avviso Pubblico per la concessione del contributo economico destinato ai malati di Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), di cui alla D.G.R. Lazio n° 233/2012 e D.D. n° B08766/2012, si impegna a produrre, nei termini e con le modalità che gli verranno indicati, tutta la documentazione che il Comune ritenesse necessario acquisire, nonché a fornire ogni notizia utile che gli venisse richiesta;
- di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71D.P.R. n° 445/2000 e che, qualora emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, decade dal diritto dei benefici eventualmente conseguiti in virtù del provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. già citato;
- di essere a conoscenza che potranno essere eseguiti controlli, diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite, da parte della Guardia di Finanza presso gli Istituti di Credito e gli altri intermediari finanziari che gestiscono il patrimonio mobiliare, ai sensi degli art. 4 comma 2 del D.lgs. 31.03.1998 n°109 e art. 6 – comma 3 – del D.P.C.M. 07.05.1999 n° 221 e succ. mod. e che potranno essere effettuati controlli sulla veridicità della situazione familiare dichiarata, nonché essere effettuati confronti dei dati reddituali e patrimoniali con i dati in possesso del sistema informativo del Ministero delle Finanze;
- di essere consapevole della responsabilità penale che si assume ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 per falsità in atti e dichiarazioni e della possibilità di decadenza dal beneficio.

Il Dichiarante

Data _____
