

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

**AL DIRETTORE DELL'AZIENDA
SANITARIA TERRITORIALE
DI ANCONA**

Oggetto: **Istanza di accesso al contributo regionale per il riconoscimento e valorizzazione del lavoro di cura del familiare-caregiver che assiste persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), ai sensi della DGR n. 126 del 14.02.2023.**

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 2022 del contributo regionale in favore delle persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA);
- di non beneficiare del contributo regionale previsto per il progetto "Vita indipendente" di cui alla L.R. 21/2018;
- che non beneficerà del contributo regionale per la "Disabilità gravissima" di cui al D.M. 26/09/2016 relativo al Fondo Nazionale per la non Autosufficienza annualità 2023;



- che non beneficerà del contributo regionale in favore delle persone affette da una malattia rara e che necessita di ventilazione e/o nutrizione artificiale per l'anno 2023;
- che non beneficerà dell'Assegno di cura per anziani riferito al Fondo Nazionale per la non Autosufficienza annualità 2023;
- di non essere ospite di strutture residenziali o semi residenziali di qualsiasi tipo autorizzate, accreditate e convenzionate pubbliche o private;

CHIEDE

di poter accedere al contributo regionale per il riconoscimento e valorizzazione del lavoro di cura del familiare-caregiver che assiste persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), ai sensi della DGR n. 126 del 14.02.2023.

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 2022.

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

Informativa sulla protezione dei dati personali

ai sensi degli articoli 13 e 14 – Regolamento europeo 2016/679 (GDPR)

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa sulla protezione dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento europeo 2016/679 (GDPR) ai fini dell'emanazione del provvedimento a seguito dell'istanza presentata a codesto Ente.

Data _____

Firma _____