



Allegato "A1"

Modulo per la domanda
(compilazione da parte di terzi)

**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 _____

in qualità di :

- coniuge/familiare (grado di parentela)

- esercente tutela (*tutore, curatore, amministratore di sostegno*)

del/della Sig./Sig.ra _____

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

che il/la Sig./Sig.ra _____ ha 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 _____;

che il/la Sig./Sig.ra _____ è in possesso della diagnosi "definitiva"/ "probabile" di Sclerosi Laterale Amiotrofica rilasciata da _____ in data _____;

- che il/la Sig./Sig.ra _____ ha già beneficiato nell'anno 2022 del contributo regionale in favore delle persone affette da Sindrome Laterale Amiotrofica (SLA);
- che il/la Sig./Sig.ra _____ non beneficia del contributo regionale previsto per il progetto "Vita indipendente" di cui alla L.R. 21/2018;
- che il/la Sig./Sig.ra _____ 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 il/la Sig./Sig.ra _____ non beneficerà del contributo regionale in favore delle persone affette da malattia rara e che necessita di ventilazione e/o nutrizione artificiale per l'anno 2023;
- che il/la Sig./Sig.ra _____ non beneficerà dell'Assegno di cura per anziani riferito al Fondo Nazionale per la non Autosufficienza annualità 2023;
- che il/la Sig./Sig.ra _____ non è ospite di strutture residenziali o semi residenziali di qualsiasi tipo autorizzate, accreditate e convenzionate pubbliche o private;

CHIEDE

in nome e per conto di:

nome e cognome _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ Via _____ n. _____

Codice Fiscale _____ tel. _____

cell. _____ e-mail _____

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 dei documenti di identità in corso di validità del richiedente e di colui che ne fa le veci.

**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 _____