

**DOMANDA DI CONTRIBUTO MENSILE ALLE PERSONE AFFETTE DA SLA (SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA) O AFFETTE DA MALATTIA DEL II MOTONEURONE ( ATROFIA MUSCOLARE SPINALE: SMA TIPO I, TIPO II E TIPO III) O AFFETTO DA MALATTIA DEL I MOTONEURONE ( SCLEROSI LATERALE PRIMARIA) AI SENSI DELLA DGR LOMBARDIA VIII/7915 DEL 06/08/2008 E CIRCOLARE N°16 DEL 18.09.2008 E NOTA REGIONALE DEL 11.11.2008**

Domanda di contributo inoltrata per/da persona affetta da:

- SLA
- SMA
- SCLEROSI LATERALE PRIMARIA

**Spett.**  
**ASL Provincia di Lodi**  
**Dipartimento ASSI**  
**Servizio Cure Domiciliari**  
**c/o Distretto di S. Angelo Lodigiano**  
**Largo S. Maria n. 8 – Villa Cortese**  
**26866 – S. Angelo Lodigiano**

La/Il sottoscritto/a (1.A) Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ in  
qualità di persona affetta da SLA  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
cod. fisc. \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_  
eventuale indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

**OVVERO da compilare esclusivamente nel caso di nomina da parte del Giudice Tutelare di tutore, curatore o amministrazione di sostegno(1.B)**

La/Il sottoscritto/a Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_, in qualità di

- TUTORE (2)
- CURATORE
- AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
cod. fisc. \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_  
eventuale indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

del/lla Sig./Sig.ra affetta da SLA: nome e cognome \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
cod. fisc. \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_

eventuale indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

## CHIEDE

il riconoscimento del **contributo mensile di € 500,00**

- ❖ affetto da SLA o affetto da malattia del II motoneurone (atrofia muscolare spinale: SMA tipo I, tipo II e tipo III) o affetto da malattia del I motoneurone (sclerosi laterale primaria), in situazione di non autosufficienza o in una fase di attività sociale fortemente inibita;
- ❖ assistito da uno o più familiari care-giver, intendendosi per tale la persona che svolge quotidianamente attività di aiuto e supporto al proprio familiare in situazione di grave fragilità, per la cura dell'igiene personale, dell'alimentazione, della mobilitazione o in una fase di attività sociale fortemente inibita. Il familiare care-giver può essere anche non convivente e deve aver compiuto i 18 anni al momento della presentazione della domanda;
- ❖ residente in Lombardia;

il riconoscimento del contributo è previsto con decorrenza dal (3) \_\_\_\_\_

## DICHIARA

1) di essere consapevole che l'ASL, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che l'eventuale riscontro di non veridicità di quanto dichiarato comporterà il decadimento del beneficio ottenuto e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle normative vigenti;

2) di comunicare eventuali periodi di incompatibilità (ricoveri di sollievo in residenza sanitaria assistenziale, residenza sanitaria per disabili o, eccezionalmente, in istituti di riabilitazione socio-sanitari).

Si indicano i dati anagrafici e i recapiti del/dei familiare/i care – giver

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
cod. fisc. \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_  
eventuale indirizzo e-mail \_\_\_\_\_ grado di parentela \_\_\_\_\_

convivente

non convivente

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
cod. fisc. \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_  
eventuale indirizzo e-mail \_\_\_\_\_ grado di parentela \_\_\_\_\_

- convivente
- non convivente

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
cod. fisc. \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_  
eventuale indirizzo e-mail \_\_\_\_\_ grado di parentela \_\_\_\_\_

- convivente
- non convivente

Si descrivono sinteticamente il bisogno quotidiano di aiuto e supporto ricevuto dal/i parte del proprio/propri familiare/i care giver (4) nelle seguenti aree/funzioni:

**IGIENE PERSONALE**

- AIUTO parziale
- AIUTO totale

Eventuali osservazioni

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**ALIMENTAZIONE**

- preparazione pasti
- somministrazione dei pasti
- gestione alimentazione artificiale tramite sondino nasogastrico
- gestione alimentazione artificiale tramite sonda gastro intestinale – PEG

Altro

.....  
.....  
.....  
.....

**VITA SOCIALE**

Descrivere le attività di sostegno ricevute per il mantenimento della propria vita sociale e di relazione

.....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**MOBILIZZAZIONE**

- aiuto nella deambulazione
- supporto nei trasferimenti letto/carrozzina/sedia/sanitari
- mobilizzazioni funzionali al sollievo dell'assistito e ad evitare la formazione di lesioni cutanee

Altro

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**RESPIRAZIONE**

- mobilizzazioni funzionali alla respirazione
- broncoaspirazione
- controllo della cannula tracheostomica
- supervisione del corretto funzionamento dei presidi/ausili di ventilazione

Altro

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**INTESTINALE/URINARIA** es. gestione pannolone, catetere vescicale, svuotamento ampolla rettale

- gestione pannolone
- gestione catetere vescicale
- svuotamento ampolla rettale e/o clistere

Altro

.....  
.....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Si indicano, qualora la presente richiesta di contributo venga accolta, le seguenti modalità per il versamento del contributo mensile:

Bonifico sul conto corrente bancario intestato al richiedente, Banca \_\_\_\_\_ Agenzia  
\_\_\_\_\_ c/c n. \_\_\_\_\_ CAB \_\_\_\_\_ ABI \_\_\_\_\_ IBAN \_\_\_\_\_

A mezzo di assegno all'indirizzo del/della Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in  
via \_\_\_\_\_ delegato/delegata alla riscossione del contributo;

### ALLEGA (6)

- Certificazione medica comprovante la diagnosi di Sclerosi Laterale Amiotrofica, o affetto da malattia del II motoneurone (atrofia muscolare spinale: SMA tipo I, tipo II e tipo III) o affetto da malattia del I motoneurone (sclerosi laterale primaria), in situazione di non autosufficienza o in una fase di attività sociale fortemente inibita; il tempo della relativa insorgenza e lo stato di fragilità/compromissione dell'autonomia personale (5);
- Copia del Documento di identità del richiedente;
- Copia del provvedimento di nomina del tutore, curatore, amministratore di sostegno;
- Verbale di invalidità.

-----  
(Firma del richiedente)

#### AVVERTENZE

**L'Amministrazione si riserva di controllare la veridicità delle dichiarazioni rese (art. 71 del D.P.R. n. 445/2000).**

**Ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003, si informa che i dati personali forniti dal dichiarante saranno utilizzati solo ai fini del procedimento in oggetto.**

Data .....

-----  
(Firma del richiedente)

**D.P.R. n. 445/2000 art. 4, comma 2**

La dichiarazione nell'interesse di chi si trovi in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute, è sostituita dalla dichiarazione, contenente espressa indicazione dell'esistenza di un impedimento, resa dal coniuge o, in sua assenza, dai figli o, in mancanza di questi, da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, al pubblico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante.

**Spazio riservato a chi rende la dichiarazione ai sensi dell'art. 4 D.P.R. 445/2000**

l/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

(cognome) (nome)

nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

(comune di nascita; se nato/a all'estero, specificare lo stato) (prov.) \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

(comune di residenza) (prov.)

in \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

(indirizzo)

in qualità di \_\_\_\_\_ (coniuge o, in sua assenza, figlio o, in mancanza di questi, altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado) del Sig./ra \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_,

attesta l'impedimento del Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ dovuto al suo stato di salute a redigere e sottoscrivere la presente domanda di contributo, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

Firma del Dichiarante

Spazio riservato all'Asl

Attesto, ai sensi dell'art 30 del DPR 445/2000, che il Sig. .... ha reso e sottoscritto in mia presenza la su estesa dichiarazione.

Li, \_\_\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Il Pubblico Ufficiale

(nome e cognome e qualifica)

.....

## Note

- (1. A) Qualora l'interessato versi in una situazione di impedimento, la presente domanda può essere redatta da uno dei soggetti di cui all'art. 4, comma 2, del D.P.R. 445/2000. Nel primo riquadro, il dichiarante esporrà i dati anagrafici della persona nel cui interesse la domanda di contributo è proposta;
- (1. B) Da compilare esclusivamente nel caso la persona affetta da SLA o affetto da malattia del II motoneurone (atrofia muscolare spinale: SMA tipo I, tipo II e tipo III) o affetto da malattia del I motoneurone (sclerosi laterale primaria), sia assistita da tutore;
- (2) nell'ipotesi che la persona affetta da SLA o affetto da malattia del II motoneurone (atrofia muscolare spinale: SMA tipo I, tipo II e tipo III) o affetto da malattia del I motoneurone (sclerosi laterale primaria), sia un minore, competente a produrre l'istanza è il genitore che esercita la patria potestà;
- (3) Si sottolinea che il riconoscimento del contributo è previsto dalla data di presentazione della domanda sino al 31/12/2011;
- (4) Familiare care giver – intendendosi per tale colui che dedica parte del suo tempo all'aiuto di un proprio familiare con ridotta o completa perdita dell'autonomia, prendendosene cura assicurando assistenza all'assolvimento delle attività di vita quotidiana, anche non convivente, maggiore di età al momento della presentazione della domanda;
- (5) Allo scopo può bastare una certificazione già a disposizione del richiedente, quale, ad esempio, il verbale di invalidità civile;
- (6) L'ASL potrà procedere alla richiesta di eventuale documentazione integrativa.