

DECRETO DEL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
SERVIZIO POLITICHE SOCIALI E SPORT

Oggetto: **D.G.R. 134/2017 - Intervento di sostegno alle famiglie di persone affette da SLA. Modalità di applicazione dei criteri ed impegno della somma di € 380.000,00 all'ASUR Marche - Anno 2017.**

DECRETA

- di stabilire che, ai sensi della D.G.R. n. 134/2017, l'interessato o per suo conto un familiare presenta richiesta di contributo all'ASUR Marche per il tramite dell'Area Vasta di residenza, unitamente a copia del riconoscimento della situazione di disabilità con gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3 della L. 104/92 e della diagnosi di SLA, compilando i modelli di cui agli allegati "A" e "B", che formano parte integrante e sostanziale del presente atto;
- di stabilire che gli utenti che già usufruiscono del contributo sono tenuti a presentare la richiesta senza dover allegare la documentazione sopra indicata;
- di stabilire che l'ASUR, per il tramite dell'Area Vasta di residenza, verificata la completezza della documentazione presentata, provvede a liquidare ad ogni beneficiario un contributo regionale pari ad € 300,00 mensili. Tale contributo viene calcolato a far data dal 01.01.2017 al 31.12.2017 per gli utenti già beneficiari, previa verifica della permanenza dei requisiti, mentre per i nuovi utenti viene calcolato per il numero di mesi o frazione di esso che va dalla data di presentazione dell'istanza al 31.12.2017, ai sensi della D.G.R. n. 134/2017;
- di assegnare ed impegnare all'ASUR Marche, con sede legale in Via Oberdan, n. 2 - 60122 Ancona - P.I. 02175860424, la somma di € 380.000,00 per l'attuazione dell'intervento in questione ai sensi della D.G.R. n. 134/2017;
- che trattasi di risorse a carico di capitoli finanziati dal fondo sanitario indistinto;
- di stabilire che l'onere della spesa complessiva derivante dall'adozione del presente decreto pari ad € 380.000,00 fa carico al capitolo 2130110239 del bilancio di previsione 2017/2019 annualità 2017.

CTE dell'operazione contabile - capitolo 2130110239

Missione	13
Programma	01
Codice economico	2310102011
COFOG	074
Transazione UE	8
SIOPE	1040102011
CUP	0000000000000000



Spesa ricorrente	3
Codice perimetro sanitario	4
Codice programma politica regionale unitaria	000

Si attesta l'avvenuta verifica dell'inesistenza di situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e s.m.i..

Il presente atto viene pubblicato per estresi sul Bollettino Ufficiale della Regione Marche, ai sensi della L.R. 17/2013.

Avverso il presente decreto è ammesso ricorso innanzi alle Autorità giurisdizionalmente competenti entro i termini previsti dalla normativa vigente.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
(dott. Giovanni Santarelli)

Documento informatico firmato digitalmente



ALLEGATI

**Visto contabile (file “Visto contabile Impegno fondi regionali SLA anno 2017.docx”)
Allegato “A”
Allegato “B”**



MODELLO DI DOMANDA REDATTA DAL DISABILE

AL DIRETTORE AREA VASTA N. _____

Il/La sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ Via _____ n. _____

in possesso:

1. della diagnosi "definitiva"/ "probabile" di Sclerosi Laterale Amiotrofica rilasciata da _____ in data _____
2. del riconoscimento di disabilità in situazione di gravità, ai sensi dell'articolo 3, comma 3, L. 104/1992, rilasciato dalla Commissione Sanitaria dell'Area Vasta n. _____ in data _____.

CHIEDE

il contributo regionale previsto per il sostegno alle famiglie di persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) per l'anno _____.

Allega*:

- copia diagnosi di SLA; .
- copia dell'attestazione di disabilità con gravità.

**tale documentazione non va allegata da parte di coloro che già beneficiano del contributo SLA.*

(PARTE DA COMPILARE SOLO DAGLI UTENTI GIA' BENEFICIARI DEL CONTRIBUTO SLA)

Il sottoscritto dichiara, altresì, che:

- essendo una prosecuzione del beneficio, la documentazione richiesta è già stata presentata in data _____;
- l'assistenza è tuttora svolta presso il proprio domicilio e che lo stesso non è ricoverato in struttura residenziale o semiresidenziale.

Data _____

Firma _____

MODELLO DI DOMANDA REDATTA DA TERZI

AL DIRETTORE AREA VASTA N. _____

Il/La sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____
residente a _____ Via _____ n. _____
in qualità di: () genitore; () familiare; () esercente la potestà o tutela o amministrazione di
sostegno

CHIEDE

il contributo regionale previsto per il sostegno alle famiglie di persone affette da Sclerosi Laterale
Amiotrofica (SLA) per l' anno _____.

in nome di:

nome _____ e cognome _____
residente a _____ Via _____ n. _____

in possesso:

1. della diagnosi "definitiva"/"probabile" di Sclerosi Laterale Amiotrofica rilasciata
da _____ in data _____

2. del riconoscimento di disabilità in situazione di gravità", ai sensi dell'articolo 3, comma 3, L. 104/1992,
rilasciato dalla Commissione Sanitaria dell' Area Vasta n. _____ in data _____.

Allega*:

- copia diagnosi di SLA; .
- copia dell'attestazione di disabilità con gravità.

**tale documentazione non va allegata da parte di coloro che già beneficiano del contributo SLA.*

(PARTE DA COMPILARE SOLO DAGLI UTENTI GIÀ BENEFICIARI DEL CONTRIBUTO SLA)

Il sottoscritto dichiara, altresì, che:

- essendo una prosecuzione del beneficio, la documentazione richiesta è già stata presentata in
data _____;

- l'assistenza è tuttora svolta presso il proprio domicilio e che lo stesso non è ricoverato in struttura
residenziale o semiresidenziale.

Data _____

Firma _____