

Al Signor Sindaco del Comune di

**DOMANDA DI CONCESSIONE DI CONTRIBUTO PER L'INTERVENTO A FAVORE DI PERSONE IN
CONDIZIONE DI "DISABILITA' GRAVISSIMA" - ANNO _____
(D.M. 26/09/2016 – DGR n. 592/2024)**

Il/La sottoscritto/a _____

residente a _____ COGNOME _____ Via _____ NOME _____ n. _____ CAP _____

Codice fiscale _____

Tel. _____ Cell. _____ email _____

in qualità di:

- persona disabile in situazione di "disabilità gravissima"
 genitore
 familiare
 esercente la potestà o tutela o amministrazione di sostegno

per conto di:

nome e cognome _____

nato a _____ il _____

residente a _____ Via _____ n. _____ CAP _____

Codice fiscale _____

CHIEDE

alla Regione Marche, per il tramite del Comune di residenza, il contributo per l'assistenza a favore di persone in condizione di "disabilità gravissima" fornita da:

- genitore/familiare convivente
 genitore/familiare non convivente
 operatore esterno

a tal fine DICHIARA

1. la persona disabile in condizione di “disabilità gravissima”

- è inserito nel percorso di istruzione/formazione scolastica
- è inserito in un Centro Socio Educativo Riabilitativo Diurno di cui all'art. 13 della L.R. 18/96 o in un Centro di Riabilitazione pubblico o privato accreditato ai sensi della L.R. 21/2016 sulla base di un piano educativo individualizzato predisposto dalla competente UMEA.
- è stata ricoverata presso strutture ospedaliere per i seguenti periodi:
- 1) Dal _____ al _____;
 - 2) Dal _____ al _____;
 - 3) Dal _____ al _____;

per un totale di giorni complessivi di ricovero pari a _____

è deceduta in data _____:

2. che la persona in condizione di “disabilità gravissima”

- non beneficia del contributo regionale relativo al progetto “Vita Indipendente” - FNA.
- non beneficia del contributo regionale relativo al progetto “Vita Indipendente” di cui alla L.R. 21/2018.
- non beneficia del contributo regionale relativo all'intervento “Riconoscimento del lavoro di cura dei caregiver attraverso l'incremento del contributo alle famiglie per l'assistenza a persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica” (SLA).
- non beneficia dell'intervento “Assegno di cura” a favore di persone anziane non autosufficienti.
- non beneficia del contributo regionale relativo all'intervento “Riconoscimento e valorizzazione del lavoro di cura del familiare-caregiver che assiste un familiare di età compresa tra 0 e 25 anni affetto da una malattia rara di cui all'allegato 7 del D.P.C.M. 12 gennaio 2017 e che necessita di ventilazione e/o nutrizione artificiale”.

3. che le coordinate del conto corrente bancario/postale sono le seguenti:

- | |
|---|
| <p><input type="checkbox"/> alla persona con disabilità gravissima per cui si richiede il presente contributo, beneficiario
Sig./Sig.ra _____</p> <p><input type="checkbox"/> al genitore della persona con disabilità gravissima minorenn
Sig./Sig.ra (cognome e nome) _____, C.F. _____
nato/a a _____ il _____, residente a _____
indirizzo _____</p> <p><input type="checkbox"/> al tutore/amministratore di sostegno della persona con disabilità gravissima maggiorenne
Sig./Sig.ra (cognome e nome) _____, C.F. _____
nato/a a _____ il _____, residente a _____</p> |
|---|

indirizzo _____

(in caso di tutela o amministrazione di sostegno allegare decreto di nomina)

e le coordinate sono le seguenti:

Codice IBAN _____

Data _____

Firma

Si allega copia fotostatica del documento di riconoscimento.

E' consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del codice penale secondo quanto prescritto dall'articolo 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento, eventualmente emanato, sulla base della dichiarazione non veritiera (articolo 75 del D.P.R. 445/2000).

L' Addetto alla ricezione Ass. Soc.
ovvero altro referente dell'Ente locale
