

Al Signor Sindaco del Comune di

**DOMANDA DI CONCESSIONE DI CONTRIBUTO PER L'INTERVENTO A FAVORE DI PERSONE IN
CONDIZIONE DI “DISABILITA' GRAVISSIMA” - ANNO 2023
(D.M. 26/09/2016 – DGR n. 592/2024)**

Il/La sottoscritto/a _____

COGNOME

NOME

residente a _____ Via _____ 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:

- ☐ Conto corrente postale
- ☐ Conto corrente bancario

presso Agenzia/filiale di.....

intestato a.....

Codice IBAN:

[illegible]

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
