

**ALLEGATO “E”**

**Al Signor Sindaco del Comune di**

---

---

---

**DOMANDA DI CONCESSIONE DI CONTRIBUTO PER L'INTERVENTO A FAVORE DI PERSONE IN  
CONDIZIONE DI “DISABILITÀ GRAVISSIMA” - ANNO \_\_\_\_\_  
(D.M. 26/09/2016 – DGR 1482/2021)**

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

Nella eventualità che l'alunno sia rimasto a casa per la chiusura della scuola a motivo della pandemia da Covid 19 specificare di seguito i giorni che è rimasto a casa:

- 1) Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;  
2) Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;  
3) Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;

per un totale di giorni complessivi pari a \_\_\_\_\_

- 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.

Nella eventualità che l'alunno sia rimasto a casa per la chiusura del Centro Socio Educativo Riabilitativo Diurno a motivo della pandemia da Covid 19 specificare di seguito i giorni che è rimasto a casa:

- 1) Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;  
2) Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;  
3) Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;

- 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 \_\_\_\_\_

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

- non beneficia del contributo regionale relativo al progetto "Vita Indipendente".
  - 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".
  - non beneficia dell'Assegno di cura per anziani non autosufficienti.
  - non beneficia del contributo regionale relativo all'intervento a favore di minori affetti da malattie rare di cui alla DGR n.475/2019.

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:

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 \_\_\_\_\_