**ALLEGATO “E”**

**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 1697/2018)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 COGNOME NOME

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_

Nata/o a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In caso di **decesso** della persona destinataria di contributo gli eredi dovranno contattare il referente del proprio Comune, indicato nell’Avviso Pubblico, al fine di acquisire la modulistica necessaria alla riscossione del contributo.

**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.

**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 dell’interventoa favore di minori affetti da malattie rare, di cui alla DGR n. 475/2019;

**3. che le coordinate del conto corrente bancario/postale sono riportate nell’Allegato:**

 **(ALLEGARE COPIA CODICE IBAN):**

 **In caso di modifica dell’IBAN allegato, il nuovo codice dovrà essere comunicato tramite mail a:**

 **protocollo@comune.pesaro.pu.it**

|  |
| --- |
| **N.B.: NON E’ UTILIZZABILE IL LIBRETTO POSTALE SEMPLICE****Il Conto corrente postale o bancario è intestato a:** ……………………………………………………………………………………………………………………. **Compilare solo se diverso dal beneficiario e/o tutore:**Nato a…..........................................il……….……………….. C.F………………….……………………………..Residente a………………………Via……………………………………..n……CAP………………… |

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Si allega copia fotostatica del documento di riconoscimento, copia del codice fiscale e copia dell’IBAN ai fini**

 **della liquidazione.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**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** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_