

Al Signor Sindaco del Comune di

**DOMANDA DI CONCESSIONE DI CONTRIBUTO PER L'INTERVENTO A FAVORE DI PERSONE IN
CONDIZIONE DI "DISABILITA' GRAVISSIMA" - ANNO 2020
(D.M. 26/09/2016 – DGR 1424/2020)**

Il/La sottoscritto/a _____
residente a _____ Via _____ n. _____ COGNOME _____ NOME _____
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. che la persona disabile in condizione di "disabilità gravissima"

- è inserito nel percorso di istruzione/formazione scolastica

Comune di Fano - Prot. n. 0005653/22/Q1/2021-cc. d. 488-PG-0197800141P2248126-453. 7 c.l. 12

Comune di Mondolfo (PU) Protocollo arrivo n. 0001808 del 22-01-2021 Cat. 7 cl. 12

N..B. nel caso in cui l'alunno con disabilità gravissima sia impossibilitato a frequentare la scuola e gestisca la programmazione delle attività didattiche online occorre presentare un un certificato medico (MMG) che giustifichi la domiciliazione del percorso scolastico.

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 _____

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 **(N.B.: NON E' UTILIZZABILE IL LIBRETTO POSTALE SEMPLICE)**

— Conto corrente bancario

presso Agenzia/filiale di.....

intestato a.....

Codice IBAN:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data _____

Firma

Si allega copia fotostatica del documento di riconoscimento, fotocopia dell'IBAN ai fini della liquidazione e per i nuovi riconoscimenti copia dell'allegato D

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 _____