

**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 1138/2019)**

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

residente a \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
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.

**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 il conto corrente bancario/postale dove accreditare il contributo è intestato o cointestato:**

alla persona con disabilità gravissima per cui si richiede il presente contributo, beneficiario  
Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

al genitore della persona con disabilità gravissima minorenn  
Sig./Sig.ra (cognome e nome) \_\_\_\_\_,  
C.F. \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ indirizzo  
\_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_