

**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 1482/2021)**

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

residente a \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

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

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 \_\_\_\_\_;

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

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