

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 1424/2020)**

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 _____

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.
- 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 do 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**
