

**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 n. 592/2024)**

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.

☐ 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 \_\_\_\_\_

☐ è deceduta in data \_\_\_\_\_ :

**2. che la persona in condizione di “disabilità gravissima”**

☐ non beneficia del contributo regionale relativo al progetto "Vita Indipendente" - FNA.

☐ non beneficia del contributo regionale relativo al progetto "Vita Indipendente" di cui alla L.R. 21/2018.

☐ 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" (SLA).

☐ non beneficia dell'intervento "Assegno di cura" a favore di persone anziane non autosufficienti.

☐ non beneficia del contributo regionale relativo all'intervento "Riconoscimento e valorizzazione del lavoro di cura del familiare-caregiver che assiste un familiare di età compresa tra 0 e 25 anni affetto da una malattia rara di cui all'allegato 7 del D.P.C.M. 12 gennaio 2017 e che necessita di ventilazione e/o nutrizione artificiale".

**3. che le coordinate del conto corrente bancario/postale sono le seguenti:**

☐ Conto corrente postale

☐ Conto corrente bancario

presso ..... Agenzia/filiale di.....

intestato a.....

Codice IBAN:

[illegible]

## 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 \_\_\_\_\_