**Al Sindaco del Comune di**

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **DOMANDA DI CONCESSIONE DI CONTRIBUTO PER L’INTERVENTO A FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI “DISABILITA’ GRAVISSIMA”**  **(D.M. 26/09/2016 – DGR n.264/2025) - ANNO 2024**  (Dichiarazione sostitutiva artt. 46/47 DPR 445/2000) |

|  |
| --- |
| 1. **RICHIESTA DELLA PERSONA IN CONDIZIONI DI DISABILITA’** |

Il/La sottoscritto/a

|  |  |
| --- | --- |
| COGNOME |  |
| NOME |  |
| Data di nascita |  |
| Luogo di nascita |  |
| Residente a |  |
| Via e Numero |  |
| CAP |  |
| Codice fiscale |  |
| Numero di telefono |  |
| Email |  |

**Oppure**

|  |
| --- |
| 1. **RICHIESTA PER CONTO DELLA PERSONA IN CONDIZIONI DI DISABILITA’** |

Il/La sottoscritto/a

|  |  |
| --- | --- |
| COGNOME |  |
| NOME |  |
| Data di nascita |  |
| Luogo di nascita |  |
| Residente a |  |
| Via e Numero |  |
| CAP |  |
| Codice fiscale |  |
| Numero di telefono |  |
| Email |  |

*In qualità di:*

* genitore
* familiare
* esercente la responsabilità genitoriale, tutore, curatore o amministratore di sostegno

*per conto di (indicare dati della persona in condizione di disabilità):*

|  |  |
| --- | --- |
| COGNOME |  |
| NOME |  |
| Data di nascita |  |
| Luogo di nascita |  |
| Residente a |  |
| Via e numero |  |
| 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 SI DICHIARA:**

1. **Che il beneficio dell’indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, sia stato riconosciuto a partire dalla data:**

|  |
| --- |
|  |

*oppure*

Che la definizione di non autosufficiente ai sensi dell’allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 del 2013 sia stata riconosciuta a partire dalla data:

|  |
| --- |
|  |

1. **Che la condizione di “disabilità gravissima” riconosciuta dalla Commissione Sanitaria Provinciale attiene a una delle seguenti sfere:**

Disabilità fisica Disabilità mentale Disturbo dello spettro autistico

Disabilità intellettiva Disabilità sensoriale Disabilità Plurima

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, RSA o altra struttura socio sanitaria o sociale 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

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.

1. **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”.

**5. che le coordinate del conto corrente bancario/postale sono riportate nell’Allegato**

**(ALLEGARE COPIA CODICE IBAN COMPLETO DI NOMINATIVO/I DELL’INTESTATARIO/I)**

**In caso di modifica dell’IBAN allegato, il nuovo codice dovrà essere inviato tramite mail a:**

[protocollo@comune.pesaro.pu.it](mailto:protocollo@comune.pesaro.pu.it)

all’attenzione dell’ATS n. 1 Area Disabilità

e solo per i cittadini residenti nel Comune di Pesaro, anche all’attenzione del Servizio “Servizi alla Persona e alla Famiglia”

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N.B.: NON E’ UTILIZZABILE IL LIBRETTO POSTALE SEMPLICE**   * Conto corrente postale * Conto corrente bancario   presso …………………………………………………....… Agenzia/filiale di………………………….  intestato a…………………………………………………………………………………………...………  Codice IBAN:   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |

|  |
| --- |
|  |

Data

Firma

|  |
| --- |
|  |

Si allega:

* Copia del documento d’identità della persona in condizione di disabilità e, se diversa, anche della persona che compila la domanda.

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

È 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 della richiesta di contributo Ass. Soc. ovvero altro referente dell’Ente locale:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome e cognome | Firma |
|  |  |