

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.727/2026) - ANNO 2025**
(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

2. 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:

- 2. 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

3. la persona con disabilità 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 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.

4. 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 le seguenti:
(ALLEGARE COPIA CODICE IBAN COMPLETO DI NOMINATIVO/I DELL'INTESTATARIO/I
e/o CO-INTESTATARIO DEL CONTO CORRENTE)**

In caso di modifica dell'IBAN allegato (quindi successiva alla presentazione della stessa domanda), il nuovo codice iban dovrà essere inviato tramite mail a:

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"

