

 **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 2023**

**(D.M. 26/09/2016 – DGR n. 592/2024)**

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

 COGNOME NOME

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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.

L’ 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 \_\_\_\_

st 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.

**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 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

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****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………………… |

Luogo e data ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Si allega copia fotostatica del documento di riconoscimento del dichiarante e della persona disabile.**

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

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