

**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 1578/2016)**

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

codice fiscale n. \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_

in qualità di:

persona disabile in situazione di "disabilità gravissima"

genitore

familiare

esercente la potestà o tutela o amministrazione di sostegno per il sig./sig.ra \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ persona disabile in situazione di "disabilità gravissima"

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**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

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria personale responsabilità che:

### 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. 20/2000 sulla base di un piano educativo individualizzato predisposto dalla competente UMEA.

### 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.

Data \_\_\_\_\_

Firma

-----

-----  
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).

Si allega copia fotostatica del documento di riconoscimento.

L' Addetto alla ricezione Ass. Soc.  
ovvero altro referente dell'Ente locale \_\_\_\_\_