

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 \_\_\_\_\_