

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

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 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

- 5. che le coordinate del conto corrente bancario/postale sono le seguenti:**

L'Addetto alla ricezione della richiesta di contributo Ass. Soc. ovvero altro referente dell'Ente locale:

Nome e cognome	Firma