

ALLEGATO "E"

**Al Presidente dell'Unione Montana dell'Esino-Frasassi
Via Dante 268
FABRIANO**

**DOMANDA DI CONCESSIONE DI CONTRIBUTO PER L'INTERVENTO A FAVORE DI PERSONE IN
CONDIZIONE DI "DISABILITA' GRAVISSIMA" - ANNO 2021
(D.M. 26/09/2016 – DGR 1482/2021)**

Il/La sottoscritto/a _____
residente a _____ COGNOME _____ Via _____ NOME _____ 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

Nella eventualità che l'alunno sia rimasto a casa per la chiusura della scuola a motivo della pandemia da Covid 19 specificare di seguito i giorni che è rimasto a casa:

- 1) Dal _____ al _____;
- 2) Dal _____ al _____;
- 3) Dal _____ al _____;

per un totale di giorni complessivi pari a _____

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.

Nella eventualità che l'alunno sia rimasto a casa per la chiusura del Centro Socio Educativo Riabilitativo Diurno a motivo della pandemia da Covid 19 specificare di seguito i giorni che è rimasto a casa:

- 1) Dal _____ al _____;
- 2) Dal _____ al _____;
- 3) Dal _____ al _____;

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 _____

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.

non beneficia del contributo regionale relativo all'intervento a favore di minori affetti da malattie rare di cui alla DGR n.475/2019.

3. che le coordinate del conto corrente bancario/postale sono le seguenti:

Conto corrente postale

Conto corrente bancario

presso Agenzia/filiale di.....

intestato a.....

Codice IBAN:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data _____

Firma

Si allega copia fotostatica del documento di riconoscimento.

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 _____