

--

1. RICHIESTA DELLA PERSONA IN CONDIZIONI DI DISABILITA'

COGNOME	
NOME	
Data di nascita	
Luogo di nascita	
Residente a	
Via e Numero	
CAP	
Codice fiscale	
Numero di telefono	
Email	

2. RICHIESTA PER CONTO DELLA PERSONA IN CONDIZIONI DI DISABILITA'

COGNOME	
NOME	
Data di nascita	
Luogo di nascita	
Residente a	
Via e Numero	
CAP	
Codice fiscale	
Numero di telefono	
Email	

☐ 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

4. 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”.

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

[illegible]

Data

Firma

Si allega:

- Copia del documento d'identità della persona in condizione di disabilità e, se diversa, anche della persona che compila la domanda.

È 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 della richiesta di contributo Ass. Soc. ovvero altro referente dell'Ente locale:

Nome e cognome	Firma