

Al Sindaco del Comune di

Ancona

**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

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]

Category	Value
Category 1	Value 1
Category 2	Value 2
Category 3	Value 3
Category 4	Value 4
Category 5	Value 5
Category 6	Value 6
Category 7	Value 7
Category 8	Value 8
Category 9	Value 9
Category 10	Value 10
Category 11	Value 11
Category 12	Value 12
Category 13	Value 13
Category 14	Value 14
Category 15	Value 15
Category 16	Value 16
Category 17	Value 17
Category 18	Value 18
Category 19	Value 19
Category 20	Value 20
Category 21	Value 21
Category 22	Value 22
Category 23	Value 23
Category 24	Value 24
Category 25	Value 25
Category 26	Value 26
Category 27	Value 27
Category 28	Value 28
Category 29	Value 29
Category 30	Value 30
Category 31	Value 31
Category 32	Value 32
Category 33	Value 33
Category 34	Value 34
Category 35	Value 35
Category 36	Value 36
Category 37	Value 37
Category 38	Value 38
Category 39	Value 39
Category 40	Value 40
Category 41	Value 41
Category 42	Value 42
Category 43	Value 43
Category 44	Value 44
Category 45	Value 45
Category 46	Value 46
Category 47	Value 47
Category 48	Value 48
Category 49	Value 49
Category 50	Value 50
Category 51	Value 51
Category 52	Value 52
Category 53	Value 53
Category 54	Value 54
Category 55	Value 55
Category 56	Value 56
Category 57	Value 57
Category 58	Value 58
Category 59	Value 59
Category 60	Value 60
Category 61	Value 61
Category 62	Value 62
Category 63	Value 63
Category 64	Value 64
Category 65	Value 65
Category 66	Value 66
Category 67	Value 67
Category 68	Value 68
Category 69	Value 69
Category 70	Value 70
Category 71	Value 71
Category 72	Value 72
Category 73	Value 73
Category 74	Value 74
Category 75	Value 75
Category 76	Value 76
Category 77	Value 77
Category 78	Value 78
Category 79	Value 79
Category 80	Value 80
Category 81	Value 81
Category 82	Value 82
Category 83	Value 83
Category 84	Value 84
Category 85	Value 85
Category 86	Value 86
Category 87	Value 87
Category 88	Value 88
Category 89	Value 89
Category 90	Value 90
Category 91	Value 91
Category 92	Value 92
Category 93	Value 93
Category 94	Value 94
Category 95	Value 95
Category 96	Value 96
Category 97	Value 97
Category 98	Value 98
Category 99	Value 99
Category 100	Value 100

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