

**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.727/2026) -ANNO 2025  
(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" **fornitad**a:

- ☐ 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 con disabilità in condizione di "disabilità gravissima"**

- ☐ 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 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 |
|                |       |