

# Ambito Territoriale Sociale n.5



Auditore, Belforte all'Isauro, Carpegna, Frontino, Lunano,  
Macerata Feltria, Mercatino Conca, Montecerignone,  
Montecopiolo, Monte Grimano Terme, Piandimeleto,  
Pietrarubbia, Sassocorvaro, Sassofeltrio, Tavoletto

## AVVISO PUBBLICO PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE DI CONTRIBUTO PER INTERVENTI A FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITA' GRAVISSIME DI CUI ALL'ART. 3 DEL D.M. 26/09/2016. - DGR N. 1697/2018 FONDO NAZIONALE PER LE NON AUTOSUFFICIENZE

I cittadini disabili o le loro famiglie riconosciuti in situazione di disabilità gravissima, possono accedere ai benefici economici previsti dalla Regione Marche a valere sul fondo nazionale non autosufficienze.

La condizione di disabilità gravissima ai sensi dell'art. 3 del D.M. 26/09/2016 deve essere accertata dalla competente Commissione sanitaria provinciale istituita presso il Servizio di Medicina legale dell'ASUR Marche – Area Vasta n.1.

### RICONOSCIMENTO DELLA CONDIZIONE DI DISABILITA' GRAVISSIMA

Il disabile o la sua famiglia, presenta domanda per il riconoscimento della condizione di disabilità gravissima alla Commissione sanitaria provinciale territorialmente competente presso l'Area Vasta n. 1, utilizzando il modello di domanda di cui agli allegati "B" ed "BI".

La domanda deve essere corredata da:

- **verbale di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento** di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18 o di cui all'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 del 2013
- **certificazione medica specialistica** di struttura pubblica o privata convenzionata e/o accreditata, redatta secondo il modello di cui all'allegato "C" al presente decreto, attestante almeno una delle condizioni previste dalla lettera a) alla lettera i) di cui all'art 3 c. 2 del D.M. 26/09/2016 di seguito riportati:
  - a) persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala *Glasgow Coma Scale (GCS)*  $\leq 10$ ;
  - b) persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);
  - c) persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala *Clinical Dementia Rating Scale (CDRS)*  $\geq 4$ ;
  - d) persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala *ASIA Impairment Scale (AIS)* di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B;
  - e) persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo  $\leq 1$  ai 4 arti alla scala *Medical Research Council (MRC)*, o con punteggio alla *Expanded Disability Status Scale (EDSS)*  $\geq 9$ , o in stadio 5 di *Hoehn e Yahr mod.*;
  - f) persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore;
  - g) persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;
  - h) persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con  $QI \leq 34$  e con punteggio sulla scala *Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER)*  $\leq 8$ ;
  - i) ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale (vedi Allegato 2 del D.M. 26/09/2016) che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche.  
In riferimento alla lettera i) l'utente dovrà produrre certificazione specialistica di struttura pubblica o privata convenzionata e/o accreditata che certifichi la condizione di dipendenza psico-fisica inerente alla patologia di cui è portatore, attestando quindi la condizione di "dipendenza vitale", secondo l'allegato 2 del DM 26/09/2016 "Altre persone in condizione di dipendenza vitale".

**Non devono fare domanda coloro che alla data del 31 MARZO 2019 possiedono già la certificazione attestante la condizione di "disabilità gravissima".**

Saranno escluse le domande che perverranno alle Commissioni sanitarie provinciali oltre il suddetto termine o che risulteranno incomplete della documentazione richiesta ovvero prive del verbale di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento e/o della certificazione medica specialistica.

La Commissione sanitaria provinciale acquisisce la suddetta documentazione e ne verifica la congruità ai fini del riconoscimento della condizione di "disabilità gravissima", nel rispetto delle schede di valutazione di cui al D.M. del 26/09/2016, potendo anche, se necessario, sottoporre ad accertamento collegiale la persona richiedente.

La Commissione sanitaria provinciale provvede, **entro il 31 maggio 2019**, a trasmettere al diretto interessato e al Comune di residenza, utilizzando l'allegato "D", la certificazione relativa al riconoscimento della condizione di disabilità gravissima necessaria per la richiesta del contributo regionale.

Successivamente, la suddetta Commissione provvede a trasmettere alla Regione Marche - Servizio Politiche Sociali e Sport l'elenco dei richiedenti il riconoscimento della condizione di "disabilità gravissima" con specifica indicazione di quelli riconosciuti o non riconosciuti in tale condizione.

#### **MOTIVI DI ESCLUSIONE**

Sono esclusi dal contributo regionale i soggetti ospiti di strutture residenziali.

L'intervento è alternativo a:

- ✓ Progetto "Vita Indipendente"
- ✓ Riconoscimento del lavoro di cura dei caregiver attraverso l'incremento del contributo alle famiglie per l'assistenza a persone affette da SLA
- ✓ Assegno di Cura rivolto agli anziani non autosufficienti.

#### **MODALITA' DI PRESENTAZIONE DOMANDA RICONOSCIMENTO DELLA CONDIZIONE DI DISABILITA' GRAVISSIMA**

Le istanze possono essere trasmesse direttamente dagli interessati con raccomandata con ricevuta di ritorno o PEC, utilizzando il modello di domanda di cui agli allegati "B" ed "B1, al seguente indirizzo:

A.V. 1 - PESARO Segreteria Commissione Sanitaria Provinciale

U.O. Medicina Legale Via Nitti, 30 - 61100 PESARO

PEC: areavasta1.asur@emarche.it

**ENTRO IL GIORNO MERCOLEDI' 31 MARZO 2019**

**In alternativa, qualora gli interessati lo ritengano opportuno, le istanze possono pervenire all'Ufficio Servizi Sociali dell'Unione Montana del Montefeltro P.zza Conti n.1 61021 Carpegna (PU), utilizzando il modello di domanda di cui agli allegati "B" ed "B1, anche per il tramite dei Servizi Sociali dei Comuni di residenza. In tal caso la scadenza per la presentazione delle domande al Protocollo dell'Unione Montana del Montefeltro è fissata entro le**

**ORE 13,00 DEL GIORNO LUNEDI' 25 MARZO 2019.**

In tal caso sarà cura dell'ATS n5 provvedere all'invio delle istanze pervenute, alla Commissione Sanitaria Provinciale c/o l'Area Vasta n. 1 ASUR Marche, entro i termini previsti. **Le istanze presentate dopo i termini sopra indicati, non saranno prese in considerazione.**

#### **MODALITA' DI PRESENTAZIONE DOMANDA DI CONTRIBUTO**

In caso di esito positivo la persona con disabilità o il genitore o il familiare o l'esercente la potestà o tutela o amministrazione di sostegno provvedono immediatamente a prendere contatti con il Servizio Sociale d'Ambito anche per il tramite del proprio Comune di residenza, per redigere la richiesta di contributo alla Regione Marche - Servizio Politiche Sociali e Sport utilizzando il modello di cui all'allegato "E".

Alla domanda di contributo dovrà essere allegata la seguente documentazione:

- a) certificazione relativa al riconoscimento della condizione di disabilità gravissima rilasciata dalle Commissioni Sanitarie provinciali - allegato "D";
- b) nel caso di persone con disabilità in età scolare che, per ragioni legate alla gravità della patologia, non frequentano la scuola occorre presentare un attestato da parte di uno specialista del S.S.R. o del privato accreditato che indica le ragioni per le quali il soggetto non può frequentare la scuola.

L'assistente Sociale referente dell'ATS n5 verificherà l'eventuale presenza di tutte le condizioni che possono precludere l'accesso al contributo regionale, sulla base di quanto previsto dalla D.G.R. n. 1120/2017.

**Dal 1 maggio al 15 giugno 2019** l'ATS provvederà a raccogliere le domande di ammissione al beneficio e a redigere l'istruttoria delle istanze pervenute. Le richieste di contributo saranno trasmesse direttamente dall'ATS n5 alla Regione Marche Servizio Politiche Sociali, entro il **30 GIUGNO 2019**. Al termine dell'istruttoria, il contributo regionale verrà assegnato e liquidato all'ATS n5 che provvederà a trasferire direttamente le somme agli aventi diritto.

Gli interessati potranno reperire i modelli di domanda e richiedere informazioni presso:

- Servizi Sociali dei Comuni di residenza
- Unione Montana Montefeltro - P.zza Conti n. 1 - 61021 - Carpegna (PU) Servizio Servizi Sociali
- Tel. 0722.727003 - Fax: 0722.77732
- Punto Unico di Accesso ATS n.5 Via della Gioventù Macerata Feltria - Tel. 0722 728233
- sul Sito [www.unionemontana.montefeltro.pu.it](http://www.unionemontana.montefeltro.pu.it)

Il Bando è pubblicato sul sito della Regione Marche al seguente link: [http://www.regione.marche.it/Regione-Utile/Sociale/Disabilita#2360\\_Bandi-e-Riparti](http://www.regione.marche.it/Regione-Utile/Sociale/Disabilita#2360_Bandi-e-Riparti)

mentre la modulistica ovvero gli allegati "B", "B1", "C", "D" ed "E" vengono pubblicati al seguente link: [http://www.regione.marche.it/Regione-Utile/Sociale/Disabilita#3049\\_Modulistica](http://www.regione.marche.it/Regione-Utile/Sociale/Disabilita#3049_Modulistica)

MODELLO DI DOMANDA REDATTA DAL DISABILE

**SPETT.LE COMMISSIONE SANITARIA PROVINCIALE**  
**c/o SERVIZIO DI MEDICINA LEGALE**  
**ASUR - AREA VASTA N. \_\_\_\_\_**

**Via \_\_\_\_\_**

**Città \_\_\_\_\_**

**RICHIESTA DI RICONOSCIMENTO DELLA CONDIZIONE DI "DISABILITA' GRAVISSIMA"**  
 (ai sensi del D.M. 26/09/2016 )

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
 COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso alla valutazione per il rilascio della certificazione attestante la condizione di "disabilità gravissima" di cui al D.M. 26/09/2016 ai fine della concessione del contributo regionale di cui alla DGR n. 1697/2018

A tal fine **dichiara:**

di beneficiare dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18 o di rientrare nella definizione di non autosufficienza ai sensi dell'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 del 2013;

e di trovarsi almeno in una delle seguenti condizioni:

- a) persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala *Glasgow Coma Scale* (GCS)  $\leq 10$ ;
- b) persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);
- c) persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala *Clinical Dementia Rating Scale* (CDRS)  $\geq 4$ ;
- d) persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala *ASIA Impairment Scale* (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B;
- e) persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo  $\leq 1$  ai 4 arti alla scala *Medical Research Council* (MRC), o con punteggio alla *Expanded Disability Status Scale* (EDSS)  $\geq 9$ , o in stadio 5 di *Hoehn e Yahr mod*;

- f) persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore;
- g) persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;
- h) persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con  $QI \leq 34$  e con punteggio sulla scala *Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation* (LAPMER)  $\leq 8$ ;
- i) ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche.

*N.B.: nel caso in cui ricorra la condizione di cui alla lett. i) l'utente dovrà produrre certificazione specialistica di struttura pubblica o privata convenzionata e/o accreditata che certifichi la condizione di dipendenza psico-fisica inerente alla patologia di cui è portatore, attestando quindi la condizione di "dipendenza vitale", secondo l'allegato 2 del DM 26/09/2016 "Altre persone in condizione di dipendenza vitale".*

Allega la seguente documentazione:

- 1 Copia del verbale di indennità di accompagnamento rilasciato dall'INPS. **(Allegare la copia del verbale senza gli OMISSIS, ovvero la copia del verbale dove sono chiaramente specificate le patologie della persona disabile).** Certificazione medica specialistica attestante una delle condizioni previste dalla lettera a) alla lettera i) sopra riportate (
- 2 Copia fotostatica del documento di riconoscimento.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

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).

MODELLO DI DOMANDA REDATTA DA TERZI

**SPETT.LE COMMISSIONE SANITARIA PROVINCIALE  
c/o SERVIZIO DI MEDICINA LEGALE  
ASUR - AREA VASTA N. \_\_\_\_\_**

**Via \_\_\_\_\_**

**Città \_\_\_\_\_**

**RICHIESTA DI RICONOSCIMENTO DELLA CONDIZIONE DI "DISABILITA' GRAVISSIMA"**  
(ai sensi del D.M. 26/09/2016 )

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

in qualità di:

- genitore
- familiare
- esercente la potestà o tutela o amministrazione di sostegno

per conto di:

\_\_\_\_\_  
COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Che il suddetto venga ammesso alla valutazione per il rilascio della certificazione attestante la condizione di "disabilità gravissima" di cui al D.M. 26/09/2016 ai fine della concessione del contributo regionale di cui alla DGR 1697/2018.

A tal fine **dichiara:**

di beneficiare dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18 o di rientrare nella definizione di non autosufficienza ai sensi dell'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 del 2013;

e di trovarsi almeno in una delle seguenti condizioni:

- a) persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala *Glasgow Coma Scale* (GCS)  $\leq 10$ ;
- b) persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);
- c) persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala *Clinical Dementia Rating Scale* (CDRS)  $\geq 4$ ;
- d) persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala *ASIA Impairment Scale* (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B;
- e) persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo  $\leq 1$  ai 4 arti alla scala *Medical Research Council* (MRC), o con punteggio alla *Expanded Disability Status Scale* (EDSS)  $\geq 9$ , o in stadio 5 di *Hoehn e Yahr mod*;
- f) persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore;
- g) persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;
- h) persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con  $QI \leq 34$  e con punteggio sulla scala *Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation* (LAPMER)  $\leq 8$ ;
- i) ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche.

*N.B.: nel caso in cui ricorra la condizione di cui alla lett. i) l'utente dovrà produrre certificazione specialistica di struttura pubblica o privata convenzionata e/o accreditata che certifichi la condizione di dipendenza psico-fisica inerente alla patologia di cui è portatore, attestando quindi la condizione di "dipendenza vitale", secondo l'allegato 2 del DM 26/09/2016 "Altre persone in condizione di dipendenza vitale"*

Allega la seguente documentazione:

1. Copia del verbale di indennità di accompagnamento rilasciato dall'INPS. **(Allegare la copia del verbale senza gli OMISSIS, ovvero la copia del verbale dove sono chiaramente specificate le patologie della persona disabile).**
2. Certificazione medica specialistica attestante una delle condizioni previste dalla lettera a) alla lettera i) sopra riportate.
3. Copia fotostatica del documento di riconoscimento **della persona che compila la domanda e della persona disabile.**

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

**CERTIFICAZIONE MEDICA SPECIALISTICA  
DELLA CONDIZIONE DI "DISABILITA' GRAVISSIMA"  
(art. 3 del D.M. 26/09/2016)**

Il/La sottoscritto/a Dr./ Dr.ssa \_\_\_\_\_

in servizio presso<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

**CERTIFICA CHE**

Il/La Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

**E' AFFETTO/A DA PATOLOGIA TALE DA RIENTRARE IN ALMENO UNA<sup>2</sup> DELLE SEGUENTI CONDIZIONI:**

a) persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala *Glasgow Coma Scale* (GCS)  $\leq 10$  (PUNTEGGIO RICONTRATO: \_\_\_\_\_);

b) persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);

c) persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala *Clinical Dementia Rating Scale* (CDRS)  $\geq 4$  (PUNTEGGIO RICONTRATO: \_\_\_\_\_);

d) persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala *ASIA Impairment Scale* (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B;

e) persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo  $\leq 1$  ai 4 arti alla scala *Medical Research Council* (MRC), o con punteggio alla *Expanded Disability Status Scale* (EDSS)  $\geq 9$  - PUNTEGGIO RICONTRATO: \_\_\_\_\_ - o in stadio 5 di *Hoehn e Yahr mod.*;

f) persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore;

g) persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;

<sup>1</sup> Indicare dove lo specialista opera: struttura pubblica o privata convenzionata e/o accreditata.

<sup>2</sup> Possono essere indicate anche più condizioni.

h) persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con  $QI \leq 34$  (PUNTEGGIO RISCONTRATO: \_\_\_\_\_) e con punteggio sulla scala *Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation* (LAPMER)  $\leq 8$  (PUNTEGGIO RISCONTRATO: \_\_\_\_\_);

i) ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale (vedi allegato 2, DM 26/09/2016) che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche.

**N.B. Lo specialista deve sempre barrare la voce che ricorre ed indicare, laddove richiesto, il punteggio della scala funzionale accertato.**

Data \_\_\_\_\_

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO SPECIALISTA

\_\_\_\_\_



**ALLEGATO "E"**

**Al Signor Sindaco del Comune di**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DOMANDA DI CONCESSIONE DI CONTRIBUTO PER L'INTERVENTO A FAVORE DI PERSONE IN  
CONDIZIONE DI "DISABILITA' GRAVISSIMA" - ANNO \_\_\_\_\_  
(D.M. 26/09/2016 – DGR 1697/2018)**

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

