COMUNE di ROCCAFLUVIONE Prov. (A.P.) Prot. arrivo n. 0000690 del 16-01-2021

ALLEGATO "E"

Al Signor Sindaco del Comune di

	CONDIZIONE DI "DI	ONTRIBUTO PER L'INTER SABILITA' GRAVISSIMA'' 26/09/2016 – DGR 1424/2	'- ANNO	DI PERSONE IN
II/La sottoscritto/a				
	COGN	оме Via	NOME	CAP
		email_		
in qualità di:				
persona disabile	in situazione di "disab	oilità gravissima"		
genitore				
familiare				
esercente la potes	stà o tutela o amminis	strazione di sostegno		
per conto di:				
nome e cognome				
nato a			il	
		Via		
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

1. la persona disabile in condizione di "disabilità gravissima"

L'è stata ricoverata presso strutture ospedaliere per i seguenti periodi:

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.

2) D)al)al)al	al al al																							
per un to	otale di	giorni	cor	mple	ssivi	di ric	ove	ro p	ari a	ı															
2. che la	a perso	na in	COI	ndiz	ione	di "d	lisa	bilit	à gr	avi	ssin	na"													
non b	penefici	a del o	cont	tribu	to reg	jiona	le re	elati	vo a	l pr	oget	to "	Vita	Indi	ipeı	nde	nte'	' .							
care	n bene giver at rale Am	traver	so l'	'incr																					
non b	penefici	a dell'	'Ass	egn	o di c	ura p	er a	anzia	ani n	on	auto	suf	ficie	nti.											
	benefici DGR n.4				to reç	jiona	le r	elati	vo a	ll'in	terv	ento	o a f	avo	re d	do n	ninc	ori a	ffet	ti da	a ma	alatti	e ra	ıre di d	ui
3. che le	e coord	dinate	del	cor	nto co	orren	nte l	band	cario	o/p	osta	le s	son	o le	se	gue	nti:								
	nto corre	•																							
	nto correr																								
presso		•••••					••••		• • • • •	••••	Aş	genz	zia/fi	liale	di.		••••		• • • • •	••••	•••••				
intestato	a		• • • • •	• • • • •		•••••	••••		••••	••••		••••	• • • • •		••••	••••	• • • •	••••		••••	••••	•••			
Codice II	BAN:		1				<u> </u>	1	1	1		l		1 1				1					_,		
																			<u> </u>			<u> </u>	_		
Data														F	irm	na									
Si allega	copia fo	otostat	ica (del d	ocum	ento d	di rid	cono	scim	ent	0.							_							
E' consa _l dall'artico emanato,	olo 76 c	lel D.P	.R. 4	145/2	000 e	che,	ino	ltre,	deca	adrà	dai	bei	nefic	i co	nse	guei									
_' Addetto					ıle	_																			