



Ambito Territoriale Sociale XVI

Prot. 3524 San Ginesio li 9/4/2018

Comuni Ambito Territoriale Sociale XVI

Oggetto: DGR 1120/2017 "Interventi a favore di persone in condizione disabilità gravissime di cui all'art. 3 del D.M. 26/09/2016"- Comunicazione

Con la presente si comunica che entro il 10 Aprile le commissioni sanitarie provinciali provvedono ad inviare presso le sedi comunali, la certificazione relativa al riconoscimento della condizione di disabilità gravissima necessaria per la richiesta del contributo regionale di cui la DGR in oggetto.

Si chiede pertanto di consegnare all'utenza <u>l'allegato E</u>, "Domanda di concessione di contributo per l'intervento a favore di persone in condizioni di disabilità gravissima", che si allega alla presente e di inviarlo a questo Ente per gli dovuti adempimenti.

Nel rimanere a disposizione per ulteriori chiarimenti si porgono distinti saluti.

Il Coordinatore ATS 16 Dott. Valerio Valeriani

ALLEGATO "E"

		AI S	Signor Sindaco del Comune	di
				
DOMANDA DI CON	ONDIZIONE DI "DISABIL	BUTO PER L'II LITA' GRAVIS 1/2016 - DGR 1	NTERVENTO A FAVORE (SIMA" - ANNO 120/2017)	DI PERSONE IN
	COGNOME		NOME	
esidente a	COGNOME	Via	n	CAP
Codice fiscale				
Tel	Cell	email		
in qualità di:				
Table 1 - Andrew Control Control	n situazione di "disabilità	gravissima"		
genitore				
☐ familiare				
	stà o tutela o amministraz	ione di sostear	10	
	na o tutola o attimination	Maria de la compania		
per conto di:				
	191			
nato a		640	ii	CAP
			n.	
Codice fiscale				
		CHIEDE		
alla Regione March di persone in cond	ne, per il tramite del Co izione di "disabilità grav	mune di resid /issima" forni	enza, il contributo per l'a ta da:	ssistenza a favore
Films a second state and the second state of t	are convivente are non convivente rno			

a tal fine DICHIARA

1. la persona disabile in cond	dizione di "disabilità gi	avissima"		
i è inserito nel percorso di is	truzione/formazione sco	lastica		
è inserito in un Centro Soc Centro di Riabilitazione pub educativo individualizzato pr	Diico o privato accredita	to al sensi della l	l'art. 13 della L.R. 18/96 o R. 21/2016 sulla base di un	in ui piand
2. che la persona in condizio	ne di "disabilità gravis	sima"		
non beneficia del contributo	regionale relativo al pro-	getto "Vita Indipend	lente".	
non beneficia del contribut caregiver attraverso l'increr Sclerosi Laterale Amiotrofica	o regionale relativo all'	intervento "Picono	enimanta dal I	ra de tte da
non beneficia dell'Assegno d	li cura per anziani non a	utosufficienti		
3. che le coordinate del conto	corrente bancario/pos	stale sono le segu	enti:	
☐ Conto corrente postale				
☐ Conto corrente bancario				
presso		genzia/filialo di		
intestato a				
Codice IBAN:		**********************	***************************************	
Data				
u di di				
		Firm	а	
Si allega copia fotostatica del docun	nento di riconoscimento.			
No.				
E' consapevole che in caso di dichia dall'articolo 76 del D.P.R. 445/2000 emanato, sulla base della dichiarazione	razione mendace sarà pun e che, inoltre, decadrà da ne non veritiera (articolo 75	ito ai sensi del codic benefici conseguen del D.P.R. 445/2000).	e penale secondo quanto prese ti al provvedimento, eventualn	critto
.' Addetto alla ricezione Ass. Soc ovvero altro referente dell'Ente lo				
The local control of the local	- Laie			

22		A	u	⋛	1
		1	×	2	
BENEFAT					
	- 1	i	ū	9	Ħ







	.2020 Asse II - Priorità di investimento 9.4 – Risultato atteso 9.3 – Tipologia di azione 9.4.B e e miglioramento dei servizi erogati dagli Ambiti Territoriali Sociali-Report presenze Ambito Territoriale Sociale n.
0.0000	teso 9.3 – toriali Soci
AGR. 2014-2020	isultato at nbiti Territ
	rità di investimento 9.4 – Risult o dei servizi erogati dagli Ambiti Ambito Territoriale Sociale n.
	ivestimen vizi erogat Territoriale 3
	iorità di ir ito dei ser Ambito
	Asse II - Pr glioramen
	114-2020 /
	OR Marche FSE 2014-202 Implementazione e I
	POR Marc Imp

Comune di Ripe San Ginesio Prot. n. 1742 del 10-04-2018 arrivo Cat. 2 Cl. 1

Operatore	Operatore (Nome Cognome)	Responsabile del servizio o suo delegato			
inizio	Data inizio attività	Data fine attività	Orario		Eirma
Data1	Orario Inizio	Attività	Fine attività	ore	dell'operatore
	attivita				

Nominativo, firma e timbro del Responsabile del progetto

Totale ore per l'intero periodo

Aggiungere le righe/pagine necessarie