



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 di 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 l'allegato E, "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"

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 1120/2017)**

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

