

ALLEGATO "E"

		A	Al Signor Sindaco del Comune di			
		_				
				· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		
	CESSIONE DI CONTRIE CONDIZIONE DI "DISAE (D.M. 26/09/2	BILITA' GRA	VISSIMA" -	ANNO 20	_	I PERSONE IN
II/La sottoscritto/a	0000045					
residente a	COGNOME	Via		NO	ме n	_ CAP
Codice fiscale						
Tel	Cell	email				
in qualità di:						
persona disabile in	situazione di "disabilità g	ravissima"				
genitore						
familiare						
esercente la potestà	o tutela o amministrazio	ne di sosteg	no			
per conto di:						
nome e cognome						
nato a				il		
residente a		Via			n	CAP
Codice fiscale						
		CHIEDE				
	per il tramite del Comu li "disabilità gravissima" l		enza, il contr	ibuto per	l'assis	tenza a favore di
genitore/familiare c	onvivente					

genitore/familiare non convivente
operatore esterno
a tal fine DICHIARA
1. la persona disabile 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 u Centro di Riabilitazione pubblico o privato accreditato ai sensi della L.R. 21/2016 sulla base di un pian educativo individualizzato predisposto dalla competente UMEA.
è stata ricoverata presso strutture ospedaliere per i seguenti periodi:
1) Dalal; 2) Dalal;
3) Dal;
per un totale di giorni complessivi di ricovero pari a
è deceduta in data:
2. 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 de caregiver attraverso l'incremento del contributo alle famiglie per l'assistenza a persone affette d 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 lavor di cura del familiare-caregiver che assiste un familiare di età compresa tra 0 e 25 anni affetto da un malattia rara di cui all'allegato 7 del D.P.C.M. 12 gennaio 2017 e che necessita di ventilazione e/ nutrizione artificiale".
3. che le coordinate del conto corrente bancario/postale sono le seguenti:
☐ Conto corrente postale
☐ Conto corrente bancario
presso
intestato a
Codice IBAN:

Data					
	Firma 				
Si allega copia fotostatica del documento di riconoscimento.					
	nendace sarà punito ai sensi del codice penale secondo quanto prescritto oltre, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento, eventualmento ritiera (articolo 75 del D.P.R. 445/2000).				
L' Addetto alla ricezione Ass. Soc. ovvero altro referente dell'Ente locale					