

DECRETO DEL DIRIGENTE DEL SERVIZIO  
SERVIZIO POLITICHE SOCIALI E SPORT

Oggetto: **DGR 1578/2016 - FONDO NAZIONALE PER LE NON AUTOSUFFICIENZE ANNO 2016 - INTERVENTI A FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITÀ GRAVISSIME DI CUI ALL'ART. 3 DEL D.M. 26/09/2016. AVVISO PUBBLICO PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE DI CONTRIBUTO.**

DECRETA

*- di approvare l'avviso pubblico di cui all'allegato "A", che forma parte integrante e sostanziale del presente atto per la presentazione delle domande di contributo per gli interventi a favore degli utenti in condizione di disabilità gravissima ai sensi della DGR n. 1578 del 19.12.2016, secondo la modulistica di cui al successivo punto;*

*- di approvare gli allegati "B", "B1", "C" e "D", che formano parte integrante e sostanziale del presente atto;*

*- di assegnare, impegnare e liquidare agli Enti locali capofila degli Ambiti Territoriali Sociali e all'Azienda Servizi alla Persona - ASP 9 Jesi il contributo regionale a fianco di ciascuno di essi indicato per un importo complessivo di € 1.536.000,00, secondo quanto riportato nell'allegato "E" che forma parte integrante e sostanziale del presente atto, quale anticipo per gli interventi a favore degli utenti in condizione di disabilità gravissima, secondo quanto disposto dalla DGR n. 1578 del 19.12.2016;*

*- di stabilire che l'onere complessivo derivante dall'adozione del presente decreto pari ad € 5.186.700,00 fa carico:*

- quanto ad € 3.650.700,00 cap 2120210011 del bilancio di previsione 2016/2018 annualità 2016, correlato in entrata al capitolo n. 1201010069 - acc.to n. 2412/2016, sul quale viene assunta prenotazione di impegno di spesa, in quanto le risorse sono attualmente stanziare e quindi disponibili, a copertura dell'avviso pubblico, sull'annualità 2016, nei termini predetti: in ragione del principio di competenza finanziaria di cui all'art. 3 e all'4/2 d.lgs. n. 118/2011 l'obbligazione giuridica relativa all'avviso, quanto ad € 3.650.700,00, si perfezionerà entro l'esercizio finanziario 2017 e risulterà esigibile secondo il cronoprogramma indicato nell'allegato "A" del presente atto, con riserva di provvedere con successivo atto all'imputazione secondo esigibilità in conseguenza del perfezionamento dell'obbligazione e delle variazioni di bilancio necessarie.*



- *quanto all'importo complessivo di € 1.536.000,00, somma da assegnare a titolo di anticipazione come sopra, trattandosi di obbligazione perfezionata e non soggetta a prescrizioni, come segue:*
  - € 1.126.129,59 al capitolo 2120210042 del bilancio di previsione 2016/2018 annualità 2016;
  - € 281.012,81 al capitolo 2120210043. del bilancio di previsione 2016/2018 annualità 2016;
  - € 128.857,60 al capitolo 2120210044 del bilancio di previsione 2016/2018 annualità 2016;

*CTE dell'operazione contabile - capitolo 2120210042*

Missione	12
Programma	02
Codice economico	2310102003
COFOG	101
Transazione UE	8
SIOPE	10503 1535
CUP	0000000000000000
Spesa ricorrente	3
Codice perimetro sanitario	3
Codice programma politica regionale unitaria	000

*CTE dell'operazione contabile - capitolo 2120210043*

Missione	12
Programma	02
Codice economico	2310102005
COFOG	101
Transazione UE	8
SIOPE	10503 1536
CUP	0000000000000000
Spesa ricorrente	3
Codice perimetro sanitario	3
Codice programma politica regionale unitaria	000

*CTE dell'operazione contabile - capitolo 2120210044*



Missione	12
Programma	02
Codice economico	2310399001
COFOG	101
Transazione UE	8
SIOPE	10602 1624
CUP	0000000000000000
Spesa ricorrente	3
Codice perimetro sanitario	3
Codice programma politica regionale unitaria	000

*- di stabilire che l'efficacia del presente atto è condizionata all'attivazione del Fondo Pluriennale Vincolato, limitatamente all'importo di € 3.650.700,00 , cui farà seguito adozione di atto di imputazione dell'impegno di spesa secondo scadenza, previa riduzione della prenotazione di impegno. Trattandosi comunque di risorse di natura vincolata in entrata la copertura dell'onere del presente atto è garantita dalla reiscrizione delle risorse sull'annualità di bilancio pertinente in quanto avanzo vincolato, a seguito della quale si provvederà alle dovute registrazioni contabili.*

*- dare atto che l'importo da liquidare con il presente decreto non è soggetto alla ritenuta d'acconto ai sensi della dell'art 28 DPR 600/1973.*

*Si dichiara che la spesa di € 5.186.700,00 di cui al presente atto è relativa a obbligazioni giuridicamente perfezionate in scadenza e oneri inderogabili previsti al punto 4 dell'allegato "A" della DGR n. 1523 del 05.12.2016.*

*Si attesta l'avvenuta verifica dell'inesistenza di situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e s.m.i..*

*Si applica l'art. 27 del D.Lgs. 33/2013 nei limiti degli strumenti messi a disposizione dalla Regione Marche alla data odierna.*

*Il presente atto viene pubblicato per estremi sul Bollettino Ufficiale della Regione Marche, ai sensi della L.R. 17/2013.*

*Avverso il presente decreto è ammesso ricorso innanzi alle Autorità giurisdizionalmente competenti entro i termini previsti dalla normativa vigente.*

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO  
(dott. Paolo Mannucci)

Documento informatico firmato digitalmente





## ALLEGATI

**Visto contabile (file “Visto contabile disabili gravissimi anno 2016”)**

***Allegato A (file “Allegato A avviso pubblico.docx”)***

***Allegato B (file “Allegato B”.docx”)***

***Allegato B1 (file “Allegato B1”.docx”)***

***Allegato C (file “Allegato C”.docx”)***

***Allegato D (file “Allegato D”.docx”)***

***Allegato E (file “Allegato E”.docx”)***



**DGR N. 1578/2016 - FONDO NAZIONALE PER LE NON AUTOSUFFICIENZE ANNO 2016 - INTERVENTI A FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITÀ GRAVISSIME DI CUI ALL'ART. 3 DEL D.M. 26/09/2016.**

**AVVISO PUBBLICO PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE DI CONTRIBUTO.**

Con il presente atto vengono di seguito individuate le procedure amministrative da porre in essere ai fini del conseguimento del contributo regionale per l'anno 2016 per interventi a favore di persone in condizione di disabilità gravissime di cui all'art. 3 del D.M. 26/09/2016 i cui criteri sono stati definiti con la D.G.R. n. 1578 del 19.12.2016.

Entro il **23.01.2017**, l'Ente locale pubblica un apposito bando con il quale fornisce tutte le possibili informazioni in riferimento all'intervento in questione e fissa al **18 febbraio 2017** il termine per la presentazione, da parte degli utenti interessati o loro familiari, della domanda per il riconoscimento della condizione di disabilità gravissima di cui all'art. 3 c. 2 del D.M. 26/09/2016 alla competente Commissione sanitaria provinciale al fine di accedere al contributo regionale.

L'Ente locale individua, inoltre, un proprio referente, preferibilmente l'assistente sociale, con il compito di fornire idonee informazioni al fine di non creare inutili aspettative ai disabili e alle loro famiglie e nel contempo di non sovraccaricare inutilmente l'attività delle Commissioni sanitarie provinciali competenti che devono procedere alla valutazione delle condizioni di disabilità gravissima di cui all'art. 3 c. 3 del D.M. 26/09/2016 attraverso le scale riportate negli Allegati 1 e 2 del medesimo decreto ministeriale.

Il disabile o la sua famiglia, presenta domanda per il riconoscimento della condizione di disabilità gravissima alle Commissioni sanitarie provinciali territorialmente competenti, operanti presso le Aree Vaste n. 1-2-3-4-5, utilizzando il modello di domanda di cui agli allegati "B" ed "B1".

La domanda deve essere corredata da verbale di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18 e dalla certificazione medica specialistica attestante 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 che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche.

In riferimento alla lettera i) l'utente dovrà produrre certificazione specialistica di struttura pubblica o privata convenzionata e/o accreditata che abbia in carico il paziente, che certifichi la condizione di dipendenza psico-fisica inerente alla patologia di cui è portatore, attestando quindi la condizione di "dipendenza vitale".

**I soggetti già in possesso del riconoscimento della condizione di "particolare gravità" di cui alla L.R. 18/96, devono anch'essi presentare la domanda e la documentazione di cui al punto precedente per il riconoscimento della "disabilità gravissima" ai sensi dell'art. 3 c. 2 del D.M. 26/09/2016; qualora il soggetto non possieda i requisiti richiesti, decade il diritto al contributo.**

Le domande, presentate dopo il termine stabilito nei bandi comunali, non saranno prese in considerazione.

Le Commissioni sanitarie provinciali verificano la congruità della documentazione prodotta ai fini del riconoscimento della condizione di "disabilità gravissima", nel rispetto delle schede di valutazione di cui al D.M. del 26/11/2016, potendo anche, se necessario, sottoporre ad accertamento collegiale la persona richiedente.

Successivamente, le Commissioni sanitarie provinciali provvedono a trasmettere al diretto interessato e al Comune di residenza, utilizzando l'allegato "C", la certificazione relativa al riconoscimento della condizione di disabilità gravissima necessaria per la richiesta del contributo regionale.

Inoltre, le suddette Commissioni provvedono a trasmettere alla Regione Marche - Servizio Politiche Sociali e Sport l'elenco degli utenti che hanno richiesto il riconoscimento della condizione di "disabilità gravissima" con specifiche indicazioni di quelli riconosciuti o non riconosciuti in tale condizione.

Il disabile o la sua famiglia presentano richiesta di contributo alla Regione Marche - Servizio Politiche Sociali e Sport per il tramite dell'Ente locale utilizzando il modello di cui all'allegato "D".

Il referente dell'Ente locale verifica 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. 1578/2016.

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

L'intervento è alternativo al progetto "Vita Indipendente" e all'intervento "Riconoscimento del lavoro di cura dei caregiver attraverso l'incremento del contributo alle famiglie per l'assistenza a persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica" di cui al presente atto.

L'intervento è alternativo alla misura di "Assegno di cura" rivolto agli anziani non autosufficienti.

L'Ente locale provvede ad inserire i dati relativi ai singoli interventi, per i quali si richiede il contributo regionale, su supporto informatico fornito dal Servizio Politiche Sociali e Sport tramite il Centro di Ricerca e Documentazione sulle Disabilità.

Tali dati verranno poi aggregati automaticamente dal programma all'interno di una "Scheda riepilogativa" che dovrà essere stampata al termine della procedura.

L'Ente locale dovrà trasmettere all'ATS di appartenenza con propria delibera/determina, unitamente alla scheda riepilogativa, la documentazione di seguito indicata per ciascun utente:

- a) richiesta contributo - allegato "D";
- b) certificazione relativa al riconoscimento della condizione di disabilità gravissima rilasciata dalle Commissioni Sanitarie provinciali;
- c) nel caso di utenti 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.

Le richieste di contributo dovranno pervenire al Servizio Politiche Sociali e Sport, , entro il **15 maggio 2017** al seguente indirizzo PEC: [regione.marche.politichesociali@emarche.it](mailto:regione.marche.politichesociali@emarche.it) per il tramite degli Enti locali capofila degli AATTSS nonché dell'Azienda Servizi alla Persona - ASP 9 Jesi, che avranno il compito di raccogliere la documentazione di ciascun Ente locale sopra indicata.

**Il contributo regionale viene assegnato, impegnato e liquidato agli Enti locali capofila degli Ambiti Territoriali Sociali e all'ASP 9 - Jesi, che provvedono poi a trasferire direttamente le somme agli aventi diritto.**

Entro il **30 settembre 2017** gli Enti locali capofila degli ATS devono trasmettere al Servizio Politiche Sociali e Sport, tramite PEC la rendicontazione dell'avvenuta liquidazione del contributo regionale agli utenti.

Il presente avviso viene pubblicato sul sito della Regione Marche al seguente link:

<http://www.regione.marche.it/Regione-Utile/Sociale/Disabilita#2360> **Bandi-e-Riparti**

mentre la modulistica ovvero gli allegati "B", "B1", "C" e "D" vengono pubblicati al seguente link:

<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 Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

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

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

tel. \_\_\_\_\_

**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 fini della concessione del contributo regionale di cui alla DGR 1578/2016.

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 allegare certificazione specialistica di struttura pubblica o privata convenzionata e/o accreditata che abbia in carico il paziente, che certifichi la condizione di dipendenza-psico-fisica inerente alla patologia di cui è portatore, attestando quindi la condizione di "dipendenza vitale".*

Allega la seguente documentazione:

1. Copia del verbale di indennità di accompagnamento rilasciato dall'INPS.
2. Certificazione medica specialistica attestante una delle condizioni previste dalla lettera a) alla lettera i) sopra riportate.
3. 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 sig./ra \_\_\_\_\_

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

in qualità di:

genitore

familiare

esercente la potestà o tutela o amministrazione di sostegno

per conto di:

nome e cognome \_\_\_\_\_

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

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

tel. \_\_\_\_\_

**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 1578/2016.

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 allegare certificazione specialistica di struttura pubblica o privata convenzionata e/o accreditata che abbia in carico il paziente, che certifichi la condizione di dipendenza-psico-fisica inerente alla patologia di cui è portatore, attestando quindi la condizione di "dipendenza vitale".*

Allega la seguente documentazione:

- 1. Copia del verbale di indennità di accompagnamento rilasciato dall'INPS.
- 2. Certificazione medica specialistica attestante una delle condizioni previste dalla lettera a) alla lettera i) sopra riportate.
- 3. Copia fotostatica del documento di riconoscimento.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

**Al Signor Sindaco del Comune di**

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

**Al Sig./Sig.ra**

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

La Commissione sanitaria provinciale dell'Area Vasta n. \_\_\_\_ dopo aver verificato la congruità della documentazione prodotta ai fini del riconoscimento della condizione di "disabilità gravissima", nel rispetto delle schede di valutazione di cui al D.M. del 26/11/2016, riconosce il

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

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

**soggetto in condizione di "disabilità gravissima":**

**SI**

**NO**

**LA COMMISSIONE**

Presidente

\_\_\_\_\_

Componente

\_\_\_\_\_

Componente

\_\_\_\_\_

Operatore sociale

\_\_\_\_\_

Segretaria

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_  
(seduta)

**N.B. Qualora la Commissione attesti il riconoscimento della "disabilità gravissima" - il disabile, la sua famiglia (o altro soggetto deputato alla tutela) prendono contatto con il proprio Comune di residenza per i successivi adempimenti.**

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 1578/2016)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

codice fiscale n. \_\_\_\_\_

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

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

tel. \_\_\_\_\_

in qualità di:

persona disabile in situazione di "disabilità gravissima"

genitore

familiare

esercente la potestà o tutela o amministrazione di sostegno per il sig./sig.ra \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ persona disabile in situazione di "disabilità gravissima"

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**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**

a tal fine

## DICHIARA

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria personale responsabilità che:

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

- 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. 20/2000 sulla base di un piano educativo individualizzato predisposto dalla competente UMEA.

### 2. che la persona in condizione di "disabilità gravissima"

- non beneficia del contributo regionale relativo al progetto "Vita Indipendente".
- non beneficia del contributo regionale relativo all'intervento "Riconoscimento del lavoro di cura dei caregiver attraverso l'incremento del contributo alle famiglie per l'assistenza a persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica" .
- non beneficia dell'Assegno di cura per anziani non autosufficienti.

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).

Si allega copia fotostatica del documento di riconoscimento.

L' Addetto alla ricezione Ass. Soc.  
ovvero altro referente dell'Ente locale \_\_\_\_\_

**Allegato "E"**  
**Riparto anticipo 2016**

<b>ATS</b>	<b>Indirizzo Sede Legale</b>	<b>Codice Fiscale Partita IVA</b>	<b>Contributo da impegnare e liquidare</b>	<b>capitoli</b>
<b>AMBITO 1- Pesaro</b>	Piazza del Popolo 1 - 61100 Pesaro	272430414	€ 87.321,56	capitolo 2120210042 € 1.126.129,59
<b>AMBITO 4 - Urbino</b>	Via Puccinotti 3 - 61029 Urbino	82004510416 00654690411	€ 30.054,88	
<b>AMBITO 6 - Fano</b>	Via S. Francesco d'Assisi 76 - 61032 Fano	127440410	€ 90.612,34	
<b>AMBITO 7 - Fossombrone</b>	Corso Garibaldi 8 61034 Fossombrone	223590415	€ 35.869,99	
<b>AMBITO 8 - Senigallia</b>	Piazza Roma 8 - 60019 Senigallia	332510429	€ 98.200,17	
<b>AMBITO 11- Ancona</b>	Piazza XXIV Maggio - 60100 Ancona	351040423	€ 103.067,49	
<b>AMBITO 12 - Falconara Marittima</b>	P.zza Municipio, 1 - 60015 Falconara Marittima	343140422	€ 87.486,56	
<b>AMBITO 13 - Osimo</b>	Piazza del Comune 1 - 60027 Osimo	384350427	€ 52.729,84	
<b>AMBITO 14 - Civitanova Marche</b>	Piazza XX Settembre 93 -62012 Civitanova Marche	262470438	€ 107.182,05	
<b>AMBITO 15 - Macerata</b>	Viale Trieste 24 -62100 Macerata	80001650433	€ 124.556,31	
<b>AMBITO 19 - Fermo</b>	Via Mazzini 4 - 63023 Fermo	334990447	€ 74.361,96	
<b>AMBITO 20 - Porto Sant'Elpidio</b>	Via Umberto I 485 - 63018 Porto Sant'Elpidio	81003650447	€ 31.432,99	
<b>AMBITO 21 - San Benedetto del Tronto</b>	Viale De Gasperi 124 - 63039 S. Benedetto Del Tronto	360140446	€ 95.729,21	
<b>AMBITO 22 - Ascoli Piceno</b>	Piazza Arringo 1 - 63100 Ascoli Piceno	229010442	€ 107.524,24	

<b>ATS</b>	<b>Indirizzo Sede Legale</b>	<b>Codice Fiscale Partita IVA</b>	<b>Contributo da impegnare e liquidare</b>	<b>capitoli</b>
<b>AMBITO 3 - Unione Montana del Catria e Nerone</b>	Via Alessandri 19 - 61043 Cagli	82005770415 1081500413	€ 22.833,27	capitolo 2120210043 € 281.012,81
<b>AMBITO 5 - Unione Montana del Montefeltro</b>	Via Amaducci 34 - 61021 Carpegna	82005390412	€ 19.330,28	
<b>AMBITO 10 - Unione Montana dell'Esino Frasassi</b>	Via Dante n. 268 – 60044 Fabriano (AN)	C.F. 81002870426 - P.I. 00872030424	€ 70.874,23	
<b>AMBITO 16 - Unione Montana dei Monti Azzurri</b>	Via Piave 8 - 62026 San Ginesio	83012360430	€ 58.329,45	
<b>AMBITO 17 - Unione Montana Alte Valli del Potenza e dell'Esino</b>	Viale Mazzini 29 - 62027 S. Severino Marche	83006070433	€ 50.023,49	
<b>AMBITO 18 - Unione Montana Marca di Camerino</b>	Via Venanzio Varano 2 - 62032 Camerino	81001760438	€ 11.346,96	
<b>AMBITO 23 - Unione dei comuni Vallata del Tronto</b>	Via Carrafo 22 - 63031 Castel Di Lama	1831380447	€ 42.050,81	
<b>AMBITO 24 - Unione Montana dei Sibillini</b>	Piazza IV Novembre 2 - 63044 Comunanza (AP)	80003250448	€ 6.224,32	capitolo 2120210044
<b>AMBITO 9 - ASP Jesi</b>	Piazza Indipendenza 1 - 60035 Jesi	135880425	€ 128.857,60	
<b>Totale complessivo</b>			€ 1.536.000,00	