

OGGETTO	PROGRAMMA REGIONALE “MI PRENDO CURA”. Misura comunale complementare al programma “Ritornare a casa Plus”. <u>RICHIESTA CONTRIBUTO ANNO 2024.</u>
---------	--

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ - (_____) il ____/____/____
residente a _____ in via/vico/piazza _____ n. ____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

recapito telefonico _____ cellulare _____
e-mail _____

☐ Per sé stesso

Oppure in qualità di:

- ☐ Incaricato della tutela del/la Sig./ra _
☐ Titolare della potestà genitoriale
☐ Amministratore di sostegno
☐ Familiare di riferimento (indicare il rapporto di parentela) _____

del Sig./ra _____
nato/a a _____ (_____) il ____/____/____
Residente a _____ in Via/Vico/Piazza _____ n. ____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

destinatario del contributo richiesto e beneficiario del programma “Ritornare a casa Plus” attivato dal
.....;

CHIEDE

- ☐ Di essere ammesso al beneficio economico “**Mi prendo cura**” finalizzato al rimborso di medicinali, ausili e protesi che non sono forniti dal Servizio Sanitario Regionale e al rimborso della fornitura di energia elettrica e di riscaldamento che non trovano copertura in altre misure, **in quanto beneficiario del progetto Ritornare a casa PLUS;**
- ☐ Di essere ammesso al beneficio economico “**Mi prendo cura**” **avendo presentato domanda di attivazione di un nuovo progetto “Ritornare a casa Plus” formalmente acquisita dall’Ambito di riferimento, siano in attesa da oltre trenta giorni per la sua attivazione.** In quest’ultimo caso esclusivamente per l’acquisizione di servizi professionali di assistenza alla persona.

A TAL FINE

Consapevole che, ai sensi dell'art. art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e ss.mm., la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti e consapevole di quanto disposto dall'art. 77 del medesimo D.P.R. n.445/2000 in merito alla decadenza

DICHIARA

(barrare la voce che interessa)

- ☐ di aver sostenuto le seguenti spese per far fronte alle esigenze della persona beneficiaria del Progetto Ritornare a casa Plus di aver sostenuto spese relative al periodo - 2024, pari a €. , per le seguenti categorie, in quanto già beneficiario del Programma "Ritornare a casa Plus"
- 1) **Pagamento fornitura energia elettrica** per un importo di € di cui € rimborsato da altra misura
 - 2) **Pagamento fornitura di riscaldamento (gas, gasolio, legnatico, pellet, altro)** per un importo di € di cui € rimborsato da altra misura;
 - 3) **Pagamento medicinali, ausili e / o protesi** per un importo di € di cui € rimborsato da altra misura.

oppure

- ☐ Di aver presentato domanda di attivazione di un nuovo progetto "Ritornare a casa Plus" formalmente acquisita dall'Ambito di riferimento (come da verbale UVT n. del). e di essere in attesa da oltre trenta giorni per l'attivazione del Progetto e di aver sostenuto le seguenti spese finalizzate all'acquisizione di servizi professionali di assistenza alla persona
- 1)
 - 2)
 - 3)

in tal caso, il destinatario del contributo si riserva appena possibile di procedere alla trasmissione degli atti conseguenti e delle relative pezze giustificative.

DICHIARA altresì'

(Barrare la voce che interessa)

- ☐ Che il beneficiario è affetto da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) o Sclerosi (ai fini dell'integrazione di ulteriori € 1.000,00 ai sensi della DGR 10/28 del 16 marzo 2023);
- ☐ Che l'ammontare del valore ISEE Socio-sanitario in corso di validità ammonta a €. ;

Ulteriori pezze giustificative riferite all'annualità 2024 potranno essere consegnate entro il 31.01.2025.

Chiede che il contributo sia accreditato sul C/C intestato a nome di
IBAN

Infine, la/il sottoscritta/o dichiara di aver preso visione dell'informativa trattamento dati Ai sensi del D.Leg.vo n. 196 del 30.06.2003 – CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI e dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679), pubblicato nell'albo istituzionale, di autorizzarne il trattamento e di essere informato dei diritti che la legge attribuisce in merito.

Gonnostramatza,

La/Il sottoscritta/o

ALLEGA:

- ☐ Copia del documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore;
- ☐ Copia del Codice Fiscale;
- ☐ Copia del Decreto di nomina di tutela o di amministratore di sostegno (nei casi previsti)
- ☐ Certificazione ISEE - ANNO 2024;
- ☐ Copia delle pezze giustificative attestanti le spese sostenute nel periodo di riferimento (scontrini fiscali e ricevute relative a fornitura di medicinali, ausili e protesi relativi all'anno 2024 con indicazione del codice fiscale del beneficiario)
- ☐ dichiarazione personale da cui risulti che tali spese non sono coperte dal SSN e da altre misure a favore dei non abbienti;
- ☐ Informativa sulla privacy
- ☐ Altro (specificare)