

OGGETTO	PROGRAMMA REGIONALE “MI PRENDO CURA”. Misura comunale complementare al programma “Ritornare a casa Plus”. DGR n. 67/24 del 23.12.2025. <u>RICHIESTA CONTRIBUTO ANNO 2026.</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

☐ domanda di ammissione al programma “Ritornare a casa Plus” presentata in data
_____ e non ancora finanziato.

CHIEDE

- ☐ Di essere ammesso al beneficio economico “Mi prendo cura – Linea di intervento 1 finalizzato al rimborso di medicinali, ausili e protesi che non sono forniti dal Servizio Sanitario Regionale o sono forniti in maniera insufficiente 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” - Linea di intervento 2**, 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 relative al primo semestre 2026, per un importo complessivo di €. _____, per le seguenti categorie di spesa, in quanto già beneficiario del Programma “Ritornare a casa Plus”

Descrizione	Costo	
Energia elettrica	€.	
Medicinali	€.	
Ausili	€.	
Protesi	€.	
Riscaldamento (Gas, pellet, legna, etc.)	€.	
Servizi professionali di assistenza alla persona	€.	

oppure

- ☐ Di aver presentato domanda di attivazione di un nuovo progetto “Ritornare a casa Plus” formalmente acquisita dall’Ambito di riferimento 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

Descrizione	Costo	
Servizi professionali di assistenza alla persona	€.	

DICHIARA altresì

(Barrare la voce che interessa)

- ☐ Che le spese, documentate per le quali si chiede il rimborso indicate in precedenza, non sono state sostenute da interventi da parte del Servizio Sanitario Nazionale e/o altre misure di sostegno
- ☐ 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 il valore ISEE Sociosanitario in corso di validità è pari ad €. _____ ;

