



COMUNE DI LOCULI

Provincia di Nuoro

Tel. 0784 – 97452- 97435, fax 0784 – 978200

Via Cairoli, 08020 Loculi

**All' Ufficio Servizi
Sociali del Comune di
Loculi**

**OGGETTO: RICHIESTA ATTIVAZIONE PROGRAMMA REGIONALE “MI PRENDO
CURA”. ANNUALITA' 2026.**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (Prov.____) il
____ / ____ / ____ C.F. _____ residente a _____
(Prov.____) in Via _____ n.____ recapito telefonico _____
cellulare _____ e-mail _____

In qualità di

- ☐ beneficiario
- ☐ coniuge
- ☐ figlio
- ☐ Tutore legale
- ☐ Amministratore di sostegno
- ☐ altro _____

del Sig./ra _____ nato/a a _____ (Prov.____) il
____ / ____ / ____ C.F. _____ residente a _____
(Prov.____) in Via _____ n.____ recapito telefonico _____
cellulare _____ e-mail _____

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;

CHIEDE

Di essere ammesso/a al programma regionale “Mi prendo cura” per la seguente tipologia di intervento:

- ☐ beneficio economico riconosciuto dal Programma Regionale “Mi prendo cura” finalizzato al rimborso di medicinali, ausili e protesi che non siano forniti dal Servizio Sanitario Regionale e al rimborso della fornitura di energia elettrica e di riscaldamento che non trovano copertura nelle tradizionali a favore dei non abbienti.

- ☐ Acquisizione di servizi professionali di assistenza alla persona nelle more dell'attivazione del programma "Ritornare a casa PLUS".

A TAL FINE DICHIARA

- ☐ Che la persona interessata è beneficiaria del Programma Regionale "Ritornare a casa PLUS" attivo nel 2026.
- ☐ Che la persona interessata ha un'attestazione Isee sociosanitario anno 2026 pari a €_____;
- ☐ Che in data ____ / ____ / ____ ha presentato domanda di attivazione di un nuovo progetto "Ritornare a casa Plus" formalmente acquisita dall'Ambito Plus di riferimento, valutata positivamente come da verbale U.V.T. N° _____ del _____ ed è in attesa dell'attivazione dello stesso da oltre trenta giorni.

Allega:

- documento d'identità del beneficiario e del richiedente, se diverso;
- eventuale Decreto di nomina di Tutela, Curatela o Amministrazione di Sostegno nei casi previsti;
- attestazione Isee sociosanitario 2026;
- documento delle Poste o della Banca attestante l'IBAN sul quale effettuare il rimborso.

Luogo e data, _____

Firma del Dichiarante

DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE

II/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (Prov.____) il
____ / ____ / ____ C.F. _____ residente a _____
(Prov.____) in Via _____ n.____ recapito telefonico _____
cellulare _____ e-mail _____

In qualità di

- ☐ beneficiario
☐ coniuge
☐ figlio
☐ Tutore legale
☐ Amministratore di sostegno
☐ altro _____

del Sig./ra _____ nato/a a _____ (Prov.____) il
____ / ____ / ____ C.F. _____ residente a _____
(Prov.____) in Via _____ n.____ recapito telefonico _____
cellulare _____ e-mail _____

DICHIARA

- ☐ Che le spese documentate non sono state rimborsate dal Sistema Sanitario Regionale, o da misure concesse da disposizioni nazionali, regionali o comunali previste per le stesse finalità;

Di aver sostenuto nel (barrare la voce che interessa)

- ☐ 1° semestre dell'annualità 2026
- ☐ 2° semestre dell'annualità 2026

le spese di seguito indicate per fare fronte alle esigenze della persona beneficiaria del Progetto “Ritornare a casa Plus”:

Pagamento fornitura energia elettrica per un importo di € _____;

Pagamento fornitura di riscaldamento (gas, gasolio, legnatico, pellet, altro) per un importo di
€ _____;

Pagamento medicinali, ausili e / o protesi per un importo di €. _____ di cui € _____
 rimborsato da altra misura (Specificare _____).

Assistenza domiciliare € _____

CHIEDE inoltre che il suddetto rimborso avvenga mediante accredito su conto corrente intestato a

CODICE IBAN:

[illegible]

Luogo e data, _____

Firma del Dichiarante