**Ufficio Servizi Sociali del Comune di Loculi**

**OGGETTO: Domanda di accesso al programma regionale “MI PRENDO CURA” -**

**D.G.R. 48/46 del 10.12.2021 – Linee di indirizzo annualità 2025/2026**

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 2025.
* Che la persona interessata ha un’attestazione Isee sociosanitario anno 2022 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 2025;
* documento delle Poste o della Banca attestante l’IBAN sul quale effettuare il rimborso.

Luogo e data,

Firma del Dichiarante

# DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE

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

## 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 2025

* **2° semestre dell’annualità 2025**

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 ).

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

CODICE IBAN:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Luogo e data,

Firma del Dichiarante