

**PRESENTAZIONE ISTANZE ENTRO IL 01.12.2023**

|                |   |
|----------------|---|
| <b>OGGETTO</b> | Programma regionale <b>“MI PRENDO CURA”</b> – LL.RR. 17/21 e D.G.R. 48/46, 12/17, 18/28 – <b>Istanza di Rimborsio Spese per la Misura “Mi prendo cura” – Annualità 2023</b> |
|----------------|---|

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a \_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_)

e residente a Collinas in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**C.F.** \_\_\_\_\_

Eventuale domicilio: Via/P.zza/C.so/Loc. \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

*(compilare solo se diverso dalla residenza)*

**In qualità di:**

- ☐ Beneficiario
- ☐ Coniuge
- ☐ Figlio
- ☐ Tutore legale
- ☐ Amministratore di Sostegno del/la Sig./ra

☐ Familiare di riferimento (indicare il rapporto di parentela)

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

(Prov. \_\_\_\_\_), il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_  
N. \_\_\_\_\_

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

In quanto:

**Già beneficiario del Programma “Ritornare a casa Plus” dalla data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**

Consapevole che, ai sensi dell'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**

Che vengano rimborsate le spese sostenute in favore del/la beneficiario/a del Programma “Ritornare a Casa Plus”, nell'anno 2023, per le seguenti categorie di spese:

- ☐ Forniture 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 a favore dei non abbienti, in quanto beneficiario del progetto Ritornare a casa PLUS;
- ☐ Acquisizione di servizi professionali di assistenza alla persona a favore di coloro che, 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;

### **A TAL FINE DICHIARA**

(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);
- ☐ Di essere beneficiario del Progetto Ritornare a casa Plus nel 2023;
- ☐ 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 la sua attivazione;

Che l'ammontare del valore ISEE Socio-sanitario in corso di validità ammonta a € \_\_\_\_\_ ;

Che l'ammontare delle spese sostenute al momento dell'istanza e per cui si richiede il rimborso è quello riassunto nella tabella seguente:

| SPESA  | TOTALE | PARTE GIA' RIMBORSATO<br>DA ALTRA MISURA |
|--|--------|--|
| Fornitura energia elettrica  |        |  |
| Fornitura di riscaldamento<br>(gas, gasolio, legnatico, pellet,<br>altro)        |        |  |
| Medicinali, ausili e/o protesi   |        |  |
| Servizi professionali di<br>assistenza alla persona a<br>favore del beneficiario |        |  |

- ☐ Dichiaro altresì che le ulteriori spese sostenute fino al 31/12/2023 saranno presentate entro il 30/01/2024 con modulo integrativo.
- ☐ Di essere a conoscenza del fatto che l'amministrazione comunale, ai sensi dell'art. 71 del DPE 445/2000 potrà disporre controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese;
- ☐ Dichiaro di aver preso visione dell'informativa inerente al trattamento dei dati personali nel perseguimento delle finalità connesse al procedimento "*Mi prendo cura 2023*" e di averla compresa in tutte le sue parti.

## DICHIARAZIONI EVENTUALI

- ☐ Il Beneficiario è deceduto in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Chiede inoltre, in caso di accoglimento della presente richiesta, che l'erogazione del contributo avvenga con le seguenti modalità:**

- ☐
- Accredito sul C.C. bancario n.

intestato                      al/alla                      sottoscritto/a                      presso                      la                      Banca

Agenzia di

Codice IBAN

☐ Accreditato sul C.C. Postale n. \_\_\_\_\_ intestato al/alla \_\_\_\_\_  
sottoscritto/a presso l'Ufficio postale di \_\_\_\_\_  
Codice IBAN \_\_\_\_\_

**A tal fine il/la sottoscritto/a, allega alla presente:**

- Copia del documento d'identità del richiedente in corso di validità e del destinatario del contributo;
- Copia delle pezze giustificative attestanti le spese sostenute nel primo o nel secondo semestre 2023;
- Certificazione ISEE Socio Sanitario in corso di validità;
- Eventuali documentazioni utili all'accoglienza dell'istanza se non già trasmesse con la richiesta per il progetto "Ritornare a Casa Plus":
- Decreto di nomina di tutela o di amministratore di sostegno (nei casi previsti);
- Informativa sulla privacy sottoscritta per presa visione.

**Si ricorda ai richiedenti del progetto “Mi prendo Cura”:**

- Che verranno rimborsate solo le pezze giustificative riferite al Beneficiario del progetto “Ritornare a Casa Plus”;
- Che tutte le pezze giustificative dovranno essere inserite in busta chiusa e allegate alla presente richiesta.

Ulteriori pezze giustificative riferite all'annualità 2023 potranno essere consegnate entro il 30.01.2024.

Villanovafranca, \_\_\_\_\_

*Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)*