

RICHIESTA DA PRESENTARE ALL'UFFICIO PROTOCOLLO ENTRO E NON OLTRE IL 31 DICEMBRE 2025.

Spett.le Comune di Desulo
Ufficio Servizio Sociale
via Lamarmora n° 73
08032 DESULO (Nu)

Oggetto: Domanda di accesso al programma regionale "Mi Prendo Cura" - anno 2025. (LL.RR. 22 novembre 2021 n. 17, 12 dicembre 2022 n° 22 e 21 febbraio 2023 n° 1).

Il/La Sottoscritto/a _____
 nato/a a _____ Provincia di _____ il _____
 residente in Desulo, in via/piazza _____ n° _____
 tel./cell. _____ e-mail _____
 C.F. _____

in qualità di:

☐ diretto/a interessato/a ☐ tutore legale ☐ amministratore di sostegno ☐ familiare di riferimento

del ____ Sig. ____
 nato/a a _____ Provincia di _____ il _____
 residente in Desulo, in via/piazza _____ n° _____
 tel./cell. _____

in quanto già beneficiario/a del programma "Ritornare a Casa Plus" alla data del ____/____/____

CHIEDE

l'ammissione al programma regionale "Mi Prendo Cura" - anno 2025 per la seguente tipologia d'intervento:

- ☐ acquisizione di medicinali, ausili e protesi che non siano forniti dal Servizio Sanitario Regionale e per le spese inerenti la fornitura di energia elettrica e di riscaldamento che non trovano copertura in altre ordinarie misure a favore dei non abbienti.
- ☐ acquisizione di servizi professionali di assistenza alla persona, nelle more dell'attivazione al programma regionale "Ritornare a Casa PLUS".

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali, ai sensi dell'art. 76 del DPR n° 445/2000, in caso di false dichiarazioni, dichiara che quanto riportato nel presente modulo è vero ed accertabile ai sensi dell'art. 43 del citato DPR n° 445/2000, ovvero documentabile su richiesta delle amministrazioni competenti.

DICHIARA

che il/la beneficiario/a

- ☐ usufruisce, nell'anno in corso, del programma "Ritornare a Casa PLUS".
- ☐ ha presentato, nell'anno in corso, domanda di attivazione di un nuovo progetto "Ritornare a Casa PLUS", formalmente acquisita dall'ambito PLUS di riferimento, e di essere in attesa

dell'attivazione dello stesso da oltre 30 giorni.

- è affetto da sclerosi laterale amiotrofica o sclerosi (ai fini dell'integrazione di ulteriori € 1.000,00 ai sensi della DGR n° 10/28 del 16.03.2023).
- è in possesso di un ISEE socio sanitario in corso di validità pari a € _____.
- ha sostenuto, nel corso dell'anno 2025, le seguenti spese, certificate dai documenti allegati alla presente istanza:
 - spese fornitura energia elettrica per un importo di € _____ di cui € _____ rimborsato da altra misura;
 - spese riscaldamento (gas, legnatico, pellet, gasolio) per un importo di € _____ di cui € _____ rimborsato da altra misura;
 - spese per medicinali, ausili e protesi per un importo di € _____ di cui € _____ rimborsato da altra misura;
 - spese per l'acquisto di servizi professionali di assistenza alla persona per un importo di € _____.
 - altro (specificare) _____ € _____.

Il/La sottoscritto/a, dichiara inoltre

- di aver preso visione dell'Avviso Pubblico e di accettare integralmente il contenuto.
- di aver preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali.
- che le spese per le quali si richiede il rimborso non sono coperte dal SSN e da altre misure a favore dei non abbienti.
- di essere a conoscenza che la documentazione relativa alle spese sostenute successivamente alla presentazione della presente richiesta e comunque sostenute nel corso dell'anno 2025 dovranno pervenire al Ufficio Protocollo entro e non oltre il 16.01.2026.
- di essere a conoscenza che l'Amministrazione Comunale, ai sensi dell'art. 71 del DPR n° 445/2000, potrà disporre controlli sulla veridicità di quanto dichiarato e sottoscritto.
- che il/la beneficiario/a è deceduto in data ____/____/_____.

Il/La sottoscritto/a chiede che

-ogni comunicazione, relativa alla presente richiesta, venga inviata al seguente indirizzo:

-il contributo erogato, in caso di accoglimento, venga accreditato sul conto corrente

Cod. IBAN _____

intestato/cointestato al ____ beneficiari ____ del contributo.

Allega alla presente istanza la seguente documentazione (obbligatoria)

- copia del documento di identità, in corso di validità, del/della dichiarante e/o del/della beneficiari/a.
- ISEE socio sanitario del ____ beneficiari ____ in corso di validità:

-pezze giustificative attestanti le spese sostenute dal____ beneficiari____ del progetto "Ritornare a Casa PLUS".

-dichiarazione personale dalla quale risulti che le spese non sono coperte dal SSN e da altre misure a favore dei non abbienti.

-altro (specificare) _____

Desulo, li _____

Il/La Dichiarante

(firma per esteso e leggibile)