



COMUNE DI FURTEI

(Prov. Sud Sardegna)

Via Circonvallazione, n. 29 - 09040 Furtei - P.I. n. 82003600929 –

Servizi Sociali Tel.: 070/9303722 - E-mail: assistentesociale@comune.furtei.ca.it

DICHIARAZIONE SPESE SOSTENUTE

(ai sensi dell'art.47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 "Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa")

__I__ sottoscritt__ nat__ a
____ il _____ residente a
____ in via _____ C.F.
____ Tel _____ email _____

qualità di

☐ se medesimo (beneficiario nell'anno 2023)

☐ coniuge

☐ figlio

☐ tutore legale

☐ amministratore di sostegno

☐ altro _____

Del__ Sig./ra _____

nato/a a _____ - (____) il __/__/____ beneficiario del Programma "Ritornare a

Casa PLUS" Codice Fiscale _____

Documento di identità in corso di validità _____

numero _____ rilasciato da _____

residente/domiciliato in _____ in via _____, ____

recapito telefonico _____ cellulare _____

e-mail _____

CHIEDE

Ai sensi dell'art.38 del D.P.R. n.445 del 28 dicembre 2000 le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto notorio da produrre agli organi della Amministrazione Pubblica devono essere sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto, ovvero sottoscritte e inviate insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente

Di essere ammesso al beneficio economico **“Mi prendo cura”** finalizzato al rimborso 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 TAL FINE

consapevole delle conseguenze penali di cui all’art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dei benefici di cui all’art. 75 del medesimo D.P.R.

DICHIARA

sotto la propria responsabilità che:

le spese sostenute nel II semestre 2023 non supportate da Sistema sanitario regionale o non coperte dalle tradizionali misure per i non abbienti sono le seguenti:

Tipologia	Importo	Periodo	Intestatario ¹⁾	Relazione ²⁾
Fornitura energia elettrica				
Riscaldamento³⁾				
Medicinali			Si dichiara: ☐ che le spese mediche <u>non sono state</u> (o non saranno) oggetto della detrazione fiscale del 19% in sede di dichiarazione dei redditi; ☐ che le spese mediche <u>sono state</u> (o saranno) oggetto della detrazione fiscale del 19% in sede di dichiarazione dei redditi per un importo complessivo pari ad € _____ ⁴⁾	
Ausili				
Protesi				
Totale spese				

Allega:

Ai sensi dell’art.38 del D.P.R. n.445 del 28 dicembre 2000 le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto notorio da produrre agli organi della Amministrazione Pubblica devono essere sottoscritte dall’interessato in presenza del dipendente addetto, ovvero sottoscritte e inviate insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all’ufficio competente

- ☐ fatture / ricevute fiscali e ogni altra ulteriore documentazione relative a fornitura energia elettrica e riscaldamento intestate al beneficiario o familiare anagraficamente convivente;
- ☐ scontrini fiscali parlanti⁵⁾/ricevute fiscali per l'acquisto di medicinali, ausili e / o protesi intestate al beneficiario;

(luogo)

(data)

(firma)

Note per la compilazione:

1) Indicare nome e cognome dell'intestatario della fattura per le spese di fornitura di energia elettrica e/o riscaldamento se diverso dal beneficiario del progetto Ritornare a casa plus, che deve essere comunque anagraficamente convivente.

2) Indicare la relazione di parentela con il beneficiario del progetto Ritornare a casa plus.

5) Lo scontrino parlante: documento dettagliato, che da un lato registra specificatamente la tipologia, la quantità e la natura dei prodotti acquistati mentre dall'altro riporta il **codice fiscale. Quest'ultimo deve essere necessariamente quello del beneficiario del Ritornare a casa plus**