

DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE NELL'ANNO 2025

OGGETTO: DICHIARAZIONE DI SPESE SOSTENUTE NELL'ANNO 2025 - PROGRAMMA REGIONALE "MI PRENDO CURA" - DGR n. 48/46 del 10.12.2021 , DGR n. 12/17 DEL 07.04.2022 E DGR n. 10/28 DEL 16.03.2023- LINEE D'INDIRIZZO ANNUALITÀ 2023/2025. . MISURA COMUNALE COMPLEMENTARE AL PROGRAMMA "RITORNARE A CASA PLUS".

__l__ sottoscritt _____
nat ____ a _____ il ____/____/____
C.F. _____
Residente a _____ Via/Piazza _____ n. _____
Telefono _____ e mail: _____

nella sua qualità di:

☐ diretto interessato ☐ legale rappresentante/A.d.S. ☐ familiare di riferimento

del/della signor _____

nat ____ a _____ il ____/____/____

C.F. _____

Residente a _____ Via/Piazza _____ n. _____

Telefono _____ 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

DICHIARA

Che la succitata persona beneficiaria del Progetto Ritornare a casa Plus /proprio nucleo familiare di cui all'attestazione ISEE 2025, **ha sostenuto per l'annualità 2025 le seguenti spese per far fronte ai bisogni che non trovano risposta nelle ordinarie misure sanitarie e sociali :**

☐ **Pagamento fornitura energia elettrica** per un importo di € _____ di cui € _____
_____ rimborsato da altra misura a favore dei non abbienti;

☐ **Pagamento fornitura di riscaldamento (gas, gasolio, legnatico, pellet, altro)** per un importo di € _____ di cui € _____ rimborsato da altra misura a favore dei non abbienti;

☐ **Pagamento medicinali, ausili e / o protesi** che non sono erogati dal Servizio Sanitario Regionale per un importo di € _____ di cui € _____ rimborsato da altra misura a favore dei non abbienti;

☐ **Pagamento servizi professionali di assistenza alla persona** attivati nelle more dell'attuazione del programma regionale "Ritornare a casa plus" , relativi all'anno 2025;

Chiede il versamento del beneficio secondo le modalità che seguono:

☐ Accredito sul conto corrente bancario/postale _____ intestato alla persona beneficiaria del Progetto Ritornare a casa Plus

>Filiale/Agenzia_____

>Codice Iban

[illegible]

Allega alla richiesta la seguente documentazione:

() pezze giustificative relative alla fornitura di energie elettrica e riscaldamento relative al periodo _____;

() scontrini fiscali / ricevute relative a fornitura di medicinali, ausili e protesi relative al periodo

() pezze giustificative relative ai servizi professionali di assistenza alla persona relative al periodo
 ;

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali che si assume, ai sensi dell'articolo 76 del DPR n. 445 del 2000, n. 445, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, **dichiara che**

() tutte le suddette spese non sono coperte dal Servizio Sanitario Regionale e da altre misure a favore dei non abbienti.

() parte delle suddette spese (specificare quali) _____
sono coperte dal Servizio Sanitario Regionale e da altre misure a favore dei non abbienti.

Villaurbana, li _____

Firma del dichiarante
