

RICHIESTA ATTIVAZIONE PROGRAMMA REGIONALE “MI PRENDO CURA”

Annualità 2025 – Scadenza 28.02.2026

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(D.P.R. 28 dicembre 2000, N° 445, art. 46)
NON SOGGETTA AD AUTENTICAZIONE - ESENTE DA BOLLO
(D.P.R. 28 dicembre 2000, N° 445, art. 37, C. 1)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (____) il ____/____/____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Documento di identità in corso di validità _____

numero _____ rilasciato da _____

residente/domiciliato in _____ in via _____, _____

recapito telefonico _____ cellulare _____

e-mail _____

In qualità di

- ☐ se medesimo (beneficiario annualità 2025)
- ☐ coniuge
- ☐ figlio
- ☐ tutore legale
- ☐ amministratore di sostegno
- ☐ altro _____

del/della Sig./ra _____

nato/a a _____ (____) il ____/____/____

BENEFICIARIO del Programma “Ritornare a Casa PLUS” dal ____/____/____

o avente presentato formale istanza di attivazione in data ____/____/____ senza
aver ricevuto comunicazione di accoglimento o diniego.

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Documento di identità in corso di validità _____

numero _____ rilasciato da _____

residente/domiciliato in _____ in via _____, _____

recapito telefonico _____ cellulare _____

e-mail _____

CHIEDE

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

- dell'acquisto di medicinali, ausili e protesi che non sono soddisfatti dal Servizio Sanitario Regionale e di forniture di energia elettrica e di riscaldamento che non trovano copertura tra le tradizionali misure a favore dei non abbienti, per i beneficiari di un progetto “Ritornare a casa Plus”

attivo nell'annualità 2025, che ne facciano richiesta nella medesima annualità;

- dell'acquisto di servizi professionali di assistenza alla persona, consentito esclusivamente a coloro che avendo presentato domanda di attivazione di un nuovo progetto "Ritornare a casa Plus", formalmente acquisita dall'Ambito Plus di riferimento, siano in attesa dell'attivazione del programma da oltre trenta giorni.

DICHIARA

- Di aver sostenuto le spese relative alle pezze giustificative, **per l'annualità 2025**, allegate alla presente dichiarazione per far fronte alle seguenti esigenze della persona beneficiaria del "Progetto Ritornare a casa Plus":
1. Pagamento fornitura energia elettrica per un importo di € _____
 2. Pagamento fornitura riscaldamento (gas, gasolio, legnatico, pellet, altro) per un importo di € _____
 3. Pagamento medicinali, ausili, protesi ecc per un importo di € _____
 4. Pagamento prestazioni di Servizi professionali di assistenza alla persona (per i soli casi in cui siano decorsi 30 giorni dalla data di presentazione dell'istanza di attivazione di un nuovo progetto "Ritornare a Casa Plus" senza aver ricevuto riscontro) per un importo di € _____
- ☐ Di NON aver ricevuto, nel corso dell'annualità 2025, altre misure di sostegno per il pagamento delle spese sostenute (presentate in allegato).

DICHIARA altresì (barrare solo se ricorre il caso specifico)

- ☐ Che il destinatario della richiesta in oggetto è persona affetta da Sclerosi laterale amiotrofica (SLA) o Sclerosi (ai fini dell'integrazione economica al contributo massimo concedibile prevista dalla D.G.R. n°10/28 del 16.03.2023).

ALLEGA:

- Copia dei giustificativi delle spese sostenute;
- Modulo per l'accredito del contributo;
- Certificazione medica che attesti che il destinatario della misura in oggetto sia affetto da Sclerosi laterale amiotrofica (SLA) o Sclerosi (eventuale);
- Informativa privacy;
- Copia documento di identità in corso di validità;
- Decreto di nomina di tutela o di amministratore di sostegno (eventuale);

Isili, lì _____

Firma del Dichiarante
