

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**

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'accreditto 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