

Al Responsabile dei Servizi Sociali
Comune di Monteleone Rocca Doria

OGGETTO: Richiesta di accesso programma denominato "Mi Prendo Cura" - Misura complementare al programma Ritornare a Casa Plus, ai sensi della Legge Regionale 22 Novembre 2021 n. 17, art. 6 – Domanda di Accesso al Programma "Mi prendo cura" di cui alla DGR n.10/28 del 16.03.2023. Annualità 2025

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ il ____/____/____

C.F.

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

Residente a _____ Via/Piazza _____ n. _____

Telefono _____ e mail: _____

nella sua qualità di:

☐ diretto interessato ☐ legale rappresentante ☐ familiare di riferimento ☐ Erede

Del/la signor/a _____ nato/a _____ il ____/____/____

C.F.

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

Residente a _____ Via/Piazza _____ n. _____

Telefono _____ e mail: _____

consapevole delle sanzioni penali derivanti da dichiarazioni non veritiere, di formazione e di uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R N° 445 del 28 Dicembre 2000 e della conseguente decadenza dei benefici di cui all'art. 75 del medesimo D.P.R.

CHIEDE

l'ammissione al programma regionale "Mi prendo cura":

- ☐ in quanto già beneficiario del programma Ritornare a casa Plus nelle annualità 2024/2025, per il rimborso delle seguenti spese:
- ☐ l'acquisizione di medicinali, ausili e protesi che non siano forniti dal servizio sanitario regionale o coperti del tutto da contributi di altra natura o detrazione fiscale;
- ☐ la fornitura di energia elettrica e di riscaldamento i cui oneri non trovino copertura tra le tradizionali misure a favore dei non abbienti;
- ☐ in quanto richiedente l'accesso al Programma Ritornare a casa Plus e in attesa da oltre 30 giorni per la sua attivazione, per il rimborso unicamente delle seguenti spese:

- ☐ l'acquisizione di servizi professionali di assistenza alla persona.

Dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali di cui all'art. 13 del Reg. UE 679/2016 e di averne recepito i contenuti

A TAL FINE DICHIARA

- ☐ che la persona interessata è beneficiaria del programma “Ritornare a casa PLUS”;
- ☐ che la persona interessata ha presentato domanda di attivazione di nuovo progetto "Ritornare a casa plus" acquisita dal Comune di Monteleone Rocca Doria in data _____ Prot. n. _____;
- ☐ che il proprio ISEE Socio Sanitario per l’anno in corso è di €. _____;
- ☐ di aver sostenuto le spese relative alle pezze giustificative, per l’annualità 2025 nel periodo dal _____ al _____, durante il periodo in cui il progetto personalizzato “Ritornare a casa PLUS” era attivo, le seguenti spese (delle quali allega copia delle pezze giustificative):
- Pagamento fornitura energia elettrica per un importo di € _____ (di cui € _____ rimborsato da altra misura);
 - Pagamento fornitura di riscaldamento (gas, gasolio, legnatico, pellet, altro) per un importo di € _____ (di cui € _____ rimborsato da altra misura);
 - Pagamento medicinali, ausili e / o protesi che non sono erogati dal Servizio Sanitario Regionale per un importo di € _____ (di cui € _____ rimborsato da altra misura).
 - Pagamento servizi professionali di assistenza alla persona attivati nelle more dell'attuazione del programma regionale "Ritornare a casa plus".
- ☐ che le spese documentate NON sono tra quelle rimborsate o erogate dal Sistema Sanitario Nazionale;
- ☐ che le spese documentate non sono state rimborsate o erogate mediante misure concesse dallo Stato, dalla Regione o dal Comune per le stesse finalità;
- ☐ Certificazione medica attestante la diagnosi di Sclerosi laterale amiotrofica (SLA) e sclerosi (solo per i pazienti con dette patologie).

Di voler ricevere il contributo economico nel modo indicato:

CODICE IBAN

[illegible]

- ☐ a me intestato

oppure

- ☐ Intestato al seguente componente nucleo familiare

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ il ____/____/____

C.F

[illegible]

Residente a _____ Via/Piazza _____ n. _____

Firma del dichiarante

Alla richiesta devono essere allegata la seguente documentazione:

Allega:

1. Documento di riconoscimento del richiedente e del beneficiario in corso di validità;
2. Decreto di nomina di Amministratore di Sostegno o incaricato della tutela della persona destinataria del programma "Ritornare a casa Plus";
3. Certificazione ISEE socio sanitario in corso di validità del beneficiario del progetto Ritornare a casa;
4. Fatture e/o certificazione/i di pagamento relative alla fornitura di energia elettrica/riscaldamento di utenze intestate al beneficiario del Programma relative al periodo:
 - ☐ periodo luglio-dicembre anno 2025;
5. scontrini fiscali/fatture relative all'acquisto di medicinali, ausili e protesi intestati al beneficiario del Programma (farà fede il codice fiscale) relative al periodo:
 - ☐ periodo luglio-dicembre anno 2025;
6. documenti tracciabili digitalmente (bonifici bancari o postali, carte di debito e credito), riconducibili al beneficiario del Programma e corredati dal titolo di pagamento (scontrini, fatture, bollette ecc) relative al periodo:
 - ☐ periodo luglio-dicembre anno 2025;
7. contratti di lavoro e buste paga o altra documentazione attestante l'acquisto di servizi professionali di assistenza alla persona a favore del beneficiario del Programma;
8. dichiarazione personale da cui risulti che tali spese non sono coperte dal SSN e da altre misure a favore dei non abbienti;
9. modulo informativa sul trattamento dei dati personali.

AUTORIZZA

Il trattamento dei miei dati personali ai sensi del **Regolamento europeo per la protezione dei dati personali n. 2016/679.**

Luogo e data_____

Firma_____