

Oggetto: Rendiconto delle spese relative al Programma Regionale "Mi prendo cura" Anno 2026.

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (_____) il _____

Codice Fiscale _____

Residente in _____ in via _____, n. _____

recapito telefonico _____ e-mail _____

☐ per se medesimo (beneficiario nell'anno 2026)

o in qualità di:

☐ coniuge

☐ figlio

☐ tutore legale

☐ amministratore di sostegno

☐ altro

del Sig./ra _____

nato/a a _____ (_____) il _____

Codice Fiscale _____

Residente in _____ in via _____, n. _____

_____ mail _____

beneficiario del Programma "Ritornare a Casa PLUS e del programma regionale "Mi prendo cura"
2026

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.

DICHIARA

Di aver sostenuto le spese certificate dai documenti giustificativi allegati, **per l'annualità 2026** nel periodo _____ e che tali spese non sono coperte dal SSN e da altre misure a favore dei non abbienti;

☐ **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, integratori, ausili e protesi**, a seguito di prescrizione medica, che non siano a carico del Servizio sanitario regionale o non siano forniti in misura sufficiente

per un importo di € _____)
di cui € _____ rimborsato da altra misura.

☐ **Pagamento servizi professionali di assistenza alla persona, ad integrazione di quelli già previsti nel piano personalizzato "Ritornare a casa plus"** per un importo di € _____ di cui € _____ rimborsato da altra misura

☐ **Pagamento esclusivo servizi professionali di assistenza alla persona, ad integrazione di quelli già previsti nel piano personalizzato "Ritornare a casa plus" "livello assistenziale dimissioni protette"** (Per le persone che hanno un progetto "Ritornare a casa plus" attivo "livello assistenziale dimissioni protette") per un importo di € _____ di cui € _____ rimborsato da altra misura

☐ **Pagamento esclusivo di servizi professionali di assistenza alla persona per un importo di € _____ di cui € _____ rimborsato da altra misura** (in quanto richiedente l'accesso al Programma Ritornare a casa Plus e in attesa da oltre 30 giorni per la sua attivazione)

Allega:

☐ pezze giustificative relative alla fornitura di energia elettrica e riscaldamento relative all'anno di riferimento (2026).

☐ scontrini fiscali, fatture e ricevute relative a fornitura di medicinali, integratori, ausili e protesi, a seguito di prescrizione medica, che non siano a carico del Servizio sanitario regionale o non siano forniti in misura sufficiente relativi all'anno 2026 con indicazione del codice fiscale del beneficiario;

☐ pezze giustificative relativi all'acquisizione di servizi professionali di assistenza alla persona (quali fatture di servizio, contratto, buste paga e ricevuta pagamento contributi INPS relative ai servizi professionali di assistenza alla persona assicurate nel 2026).

_____ lì _____

Firma del Dichiarante
