

OGGETTO: D.G.R. 67/24 del 23.12.2025. Consegna pezze giustificative relative al Programma “Mi prendo cura” – Misura complementare al programma “Ritornare a casa plus”. _____ semestre 2026.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
_____ (____) il ____/____/_____
C.F. _____ e Residente a _____
(____) in Via/Piazza _____ n. _____
Telefono _____ e mail: _____

nella sua qualità di:

☐ diretto interessato ☐ legale rappresentante ☐ familiare di riferimento

Del/la signor/a _____
Nato/a a _____ (____) il ____/____/_____
C.F. _____ e residente a _____
(____) in Via/Piazza _____ n. _____
Telefono _____ e mail: _____

In riferimento all'istanza presentata al Comune di Birori in data _____ con n. di protocollo _____

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

- ☐ di aver sostenuto spese per il _____ semestre 2026, allegate alla presente dichiarazione per far fronte alle esigenze della persona beneficiaria del Progetto 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;

Per i beneficiari dell'intervento linea 1:

- ☐ di aver sostenuto nel _____ semestre nel periodo di fruizione del programma “Ritornare a casa PLUS”, le seguenti spese complessive, per far fronte alle esigenze della persona beneficiaria dello stesso progetto, come da copia delle attestazioni di pagamento/pezze giustificative relative agli stessi periodi, allegate alla presente istanza:
 - 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 per un importo di € _____ di cui € _____ rimborsato da altra misura;
- Pagamento di servizi professionali di assistenza alla persona per un importo di € _____ di cui € _____ rimborsato da altra misura.

Per i beneficiari dell'intervento linea 2:

- Pagamento di servizi professionali di assistenza alla persona per un importo di € _____ di cui € _____ rimborsato da altra misura.

Chiede che il suddetto rimborso avvenga nel modo indicato:

CODICE IBAN

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

☐ a me intestato

oppure

☐ Intestato al seguente componente nucleo familiare

Nome _____ e _____ Cognome _____
 nato/a _____ il _____ residente in _____
 _____ Via _____ Codice Fiscale _____

Allega:

- documentazione attestante le spese sostenute nell'annualità di riferimento per l'acquisizione di medicinali, ausili e protesi che non siano soddisfatti dal Servizio Sanitario Regionale, di forniture di energia elettrica e di riscaldamento che non trovino copertura tra le tradizionali misure a favore dei non abbienti, (linea 1) e di assistenza alla persona a favore di coloro che siano in attesa da oltre trenta giorni per l'attivazione del Ritornare a Casa Plus (linea 1 e 2)
- dichiarazione personale da cui risulti che tali spese non sono coperte dal SSN e da altre misure a favore dei non abbienti;
- copia del Codice IBAN.

Luogo e data _____

FIRMA
