

RICHIESTA RIMBORSO SPESE PROGRAMMA REGIONALE "MI PRENDO CURA"

**Dichiarazione spese sostenute per assistenza alla persona, fornitura energia elettrica/riscaldamento/ medicinali, integratori, ausili e / o protesi,
_____ Quadrimestre Anno 2026 LINEA 1 (scadenza 31.01.2027)**

Il/La sottoscritto/a _____

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

Codice Fiscale

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

residente in _____ in via _____, ____

recapito telefonico _____ e-mail _____

In qualità di

- ☐ se medesimo, beneficiario del programma "Ritornare a casa PLUS"
☐ familiare (specificare) _____
☐ tutore legale/amministratore di sostegno
☐ altro _____

del/la beneficiario/a del programma "Ritornare a casa PLUS"

Sig./ra _____

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

Codice Fiscale

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

residente in _____ in via _____, ____

recapito telefonico _____ e-mail _____

A TAL FINE

Consapevole che, ai sensi dell'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 le seguenti spese relative alle pezze giustificative allegate alla presente dichiarazione, per far fronte alle esigenze della persona beneficiaria del Progetto Ritornare a casa Plus, così come segue:

linea 1

1. **Acquisizione di servizi professionali di assistenza alla persona**, ad integrazione di quelli già previsti nel piano personalizzato “Ritornare a casa PLUS”, per un importo di € _____, non rimborsati da altre misure (es. L.162/98, Home care premium ecc.)
2. **Pagamento fornitura energia elettrica** per un importo di € _____
(escluso canone abbonamento TV).
3. **Pagamento fornitura di riscaldamento (gas, gasolio, legnatico, pellet, altro)** per un importo di € _____;
4. **Pagamento medicinali, integratori, ausili e / o protesi a seguito delle prescrizioni mediche** **allegate alla presente** relativi al periodo _____ per un importo di € _____ (gli scontrini dei farmaci devono essere chiaramente riconducibili al beneficiario e devono essere allegate le prescrizioni mediche)

Allega:

- Fotocopia carta identità del dichiarante
- Fotocopia bollette energia elettrica dove risulti il dettaglio delle voci di spesa
- Eventuale busta paga e/o contributi INPS e/o fattura cooperativa sociale per assistenza alla persona non rimborsati da altre misure (es. Programma L.162/98, Ritornare a casa Home care premium ecc.)
- Prescrizioni mediche di medicinali, integratori, ausili e protesi di cui si chiede il rimborso
- Attestati di pagamento delle spese effettuate

Chiede che i mandati di pagamento relativi al contributo “Mi prendo cura” siano emessi con la stessa quietanza del programma Ritornare a casa

I dati personali, nel rispetto delle disposizioni vigenti, saranno trattati e utilizzati per i fini connessi all'espletamento della procedura in oggetto e per i fini istituzionali dall'amministrazione comunale.

Il conferimento dei dati ha natura obbligatoria in quanto indispensabile per l'espletamento delle procedure richieste. Il rifiuto al conferimento dei dati oppure la mancata indicazione di alcuni di essi potrà comportare l'annullamento del procedimento per impossibilità a realizzare l'istruttoria.

Il trattamento dei dati sarà effettuato con l'ausilio di mezzi informatici e potranno essere comunicati agli altri soggetti coinvolti nella gestione del procedimento e a quelli demandati all'effettuazione dei controlli previsti dalla vigente normativa.

Villasor, lì _____

Firma del dichiarante
