

**Al Servizio Sociale
Comune di Ar dara**

**OGGETTO: Domanda di Accesso al Programma "Mi prendo cura". DGR n. 10/28 del 16.03.2023 -
Linee d'indirizzo annualità 2026/2027. Anno 2026.**

__ I __ sottoscritt _____ nat ____ a _____
il ____ / ____ / ____ C.F. _____
Residente a _____ Via/Piazza _____ n. _____
Telefono _____ e mail: _____

nella sua qualità di:

diretto interessato o legale rappresentante familiare di riferimento

Del/della Sig./Sig.ra _____
nat_ a _____ il _____ residente a _____
in Via _____ n. ____ C.F. _____
Telefono _____ e mail: _____

CHIEDE

di essere ammesso al beneficio economico riconosciuto dalla Regione Sardegna nell'ambito del Programma "Mi prendo cura" anno 2026, finalizzato al rimborso di forniture di medicinali, ausili e protesi che non sono erogati dal Servizio Sanitario Regionale nonché al rimborso delle spese sostenute per la fornitura di energia elettrica e di riscaldamento che non trovino copertura tra le tradizionali misure a favore dei non abbienti.

A tal fine dichiara che la persona interessata è beneficiaria del programma "Ritornare a casa PLUS" o che è in attesa della sua attivazione da oltre 30 giorni.

A TAL FINE,

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 essere affetto da sclerosi laterale amiotrofica (SLA) o sclerosi;
 che le spese effettuate e riconducibili al bisogno sanitario e/o assistenziale del destinatario del progetto "Ritornare a casa" sono le seguenti:

1. **Pagamento fornitura energia elettrica** relativa all'anno 2026 per un importo di € _____ di cui € _____ rimborsato da altra misura;
2. **Pagamento riscaldamento** (gas, gasolio, legnatico, pellet, altro) relativo all'anno 2026 per un importo di € _____;
3. **Pagamento fornitura medicinali, ausili e /o protesi** relativa all'anno 2026 per un importo di € _____ di cui € _____ rimborsato da altra misura;
4. **Convenzioni o contratti di assunzione** corredati dalle buste paga relativi all'acquisizione di servizi professionali di assistenza alla persona relativi all'anno 2026;

