

RICHIESTA PROGRAMMA REGIONALE

“MI PRENDO CURA” – I SEMESTRE 2026 (Da presentare entro il 04 Agosto 2026)

Il/La sottoscritto/a _____

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

Codice Fiscale _____

residente/domiciliato in _____ in via _____, _____

recapito telefonico _____ cellulare _____

e-mail _____

In qualità di

- ☐ se medesimo
- ☐ coniuge
- ☐ figlio
- ☐ tutore legale
- ☐ amministratore di sostegno
- ☐ altro _____

del Sig./ra _____

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

Codice Fiscale _____

residente/domiciliato in _____ in via _____, _____

recapito telefonico _____ cellulare _____

e-mail _____

CHIEDE

- ☐ Di essere ammesso al beneficio economico “Mi prendo cura” finalizzato al rimborso di medicinali, ausili e protesi che non sono forniti dal Servizio Sanitario Regionale e al rimborso della fornitura di energia elettrica e di riscaldamento che non trovano copertura in altre misure, in quanto beneficiario del progetto Ritornare a casa PLUS;

Oppure

- ☐ Di essere ammesso al beneficio economico “Mi prendo cura” avendo presentato domanda di attivazione di un nuovo progetto “Ritornare a casa Plus” formalmente acquisita dall’Ambito di riferimento, siano in attesa da oltre trenta giorni per la sua attivazione. In quest’ultimo caso esclusivamente per l’acquisizione di servizi professionali di assistenza alla persona.

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

- ☐ che l'ammontare del valore ISEE Socio-Sanitario in corso di validità ammonta ad € _____;
- ☐ che il beneficiario si trova nelle condizioni sanitarie indicate nelle nuove linee guida regionali 2026/2027 (ai fini dell'integrazione di ulteriori € 1.000,00 ai sensi della DGR 10/28 del 16 marzo 2023);
- ☐ Di aver sostenuto le spese relative alle pezze giustificative, **I Semestre 2026**, allegate alla presente dichiarazione per far fronte alle seguenti esigenze della persona beneficiaria del Progetto Ritornare a casa Plus:
1. **Pagamento fornitura energia elettrica** per un importo di € _____ di cui € _____ rimborsato da altra misura;
 2. **Pagamento fornitura di riscaldamento (gas, gasolio, legnatico, pellet, altro)** per un importo di € _____ di cui € _____ rimborsato da altra misura;
 3. **Pagamento medicinali, ausili e / o protesi** per un importo di € _____ di cui € _____ rimborsato da altra misura.

CHIEDE, inoltre, che il versamento del contributo, a sostegno delle spese di cui al presente Bando, sia effettuato tramite accredito sul C.C. Bancario

☐ Intestato al sottoscritto (amm. di sostegno)

oppure

☐ Intestato al beneficiario Ritornare a Casa

CODICE IBAN _____

Allega:

- Copia documento di identità del richiedente, in corso di validità;
- Copia degli attestati di pagamento dell'utenza elettrica;
- Copia degli attestati di pagamento, fatture o ricevute relative alle spese sostenute per il riscaldamento, quali ad esempio, pellet, gasolio, bombole di gas, legna etc;
- Copia di attestati di pagamento di medicinali, ausili e protesi, servizi professionali, etc;
- Certificazione Isee anno 2026.

Bonarcado, il _____

Firma del Dichiarante

INFORMATIVA PRIVACY

Si informa che, ai sensi della normativa vigente, i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, saranno trattati, anche facendo uso di strumenti informatici, al solo fine di consentire l'attività di valutazione e di erogazione dell'intervento, nel rispetto della vigente normativa (GDPR 679/2016). Titolare del trattamento dei dati è il Comune di Bonarcado.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi della normativa vigente (GDPR 679/2016), presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità previste per la Richiesta di attivazione del Programma Regionale "Mi prendo cura".

Bonarcado, il _____

Firma del dichiarante
