

RICHIESTA ATTIVAZIONE PROGRAMMA REGIONALE “MI PRENDO CURA” Annualità 2026;

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
_____ (_____) il ____/____/____ Codice Fiscale _____
_____ residente a Santa Maria Coghinas in via _____
_____ n° _____ recapito telefonico _____
cellulare _____ e-mail _____

In qualità di

- ☐ destinatario del piano
- ☐ coniuge
- ☐ figlio
- ☐ tutore legale
- ☐ amministratore di sostegno
- ☐ altro _____

del Sig./ra _____ nato/a _____
a _____ - (_____) il ____/____/____ Codice Fiscale _____
_____ residente in _____ in via _____
_____ n° _____ 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 trovino copertura tra le tradizionali misure a favore di non abbienti.

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

CHIEDE

Di essere ammesso al beneficio economico **“Mi prendo cura”** per la seguente tipologia di intervento:

- ☐ **Linea 1:** a favore delle persone che ne facciano richiesta nell'annualità di riferimento e abbiano un piano "Ritornare a casa plus" attivo nella medesima annualità di riferimento, riconoscimento di un contributo massimo di euro 2.000, per l'acquisizione di:
 - a) servizi professionali di assistenza alla persona, ad integrazione di quelli già previsti nel piano personalizzato “Ritornare a casa plus”;
 - b) 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;
 - c) forniture di energia elettrica e di riscaldamento, che non trovino copertura tra le tradizionali misure a favore dei non abbienti.

Per le persone che abbiano un progetto "Ritornare a casa plus" attivo "livello Assistenziale dimissioni protette", il contributo richiesto può essere utilizzato esclusivamente per l'acquisizione di servizi professionali di assistenza alla persona, ad integrazione di quelli già previsti nel piano personalizzato "Ritornare a casa plus" "livello assistenziale dimissioni protette";

- ☐ **Linea 2:** a favore delle persone che, 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, per l'acquisizione di:
- a) servizi professionali di assistenza alla persona;

DICHIARA INOLTRE

- ☐ che la persona interessata è beneficiaria del Programma Regionale "Ritornare a casa" attivo nel 2026;
- ☐ che la persona interessata ha un'attestazione ISEE sociosanitario anno 2026 pari a € _____;
- ☐ che ha presentato in data ____/____/____ domanda di attivazione di un nuovo progetto "Ritornare a Casa Plus" formalmente acquisita dall'Ambito Plus di riferimento, valutata positivamente come da verbale U.V.T. n° _____ del _____ ed è in attesa dell'attivazione dello stesso da oltre 30 giorni;
- ☐ che la patologia da cui è affetto il beneficiario è la SLA o la sclerosi;
- ☐ Di aver preso visione dell'informativa al trattamento dei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016;

Chiede

che il suddetto rimborso avvenga sul seguente conto corrente intestato al beneficiario del progetto:

IBAN _____

☐ delega alla riscossione a favore di _____ nato a _____ il _____, residente in _____

Via _____ n. _____ Codice Fiscale _____

Allega:

- Copia documento di identità in corso di validità del richiedente e del beneficiario;
- Decreto di nomina di tutela o di amministratore di sostegno (nei casi previsti);

Perfugas, li _____

Firma del Dichiarante

Il/La sottoscritto/a _____, _____ vista l'informativa riportata nell'avviso pubblico intervento "Mi Prendo Cura", dichiara di essere informata, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 e 14 del Regolamento (UE) n. 2016/679 GDPR, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e pertanto esprime il suo consenso al trattamento.

Santa Maria Coghinas, li _____

Firma del Dichiarante
