

DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE NELL'ANNO 2026

OGGETTO: DICHIARAZIONE DI SPESE SOSTENUTE NELL'ANNO 2026 - PROGRAMMA REGIONALE "MI PRENDO CURA" - DGR n. 48/46 del 10.12.2021, DGR n. 12/17 DEL 07.04.2022. E LA DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE N. 67/24 DEL 23/12/2025. MISURA COMUNALE COMPLEMENTARE AL PROGRAMMA "RITORNARE A CASA PLUS".

__l__ sottoscritt__
nat__ a__ il__ / __ / __
C.F. __
Residente a__ Via/Piazza__ n. __
Telefono__ e mail: __

nella sua qualità di:

☐ diretto interessato ☐ legale rappresentante/A.d.S. ☐ familiare di riferimento

del/della signor__

nat__ a__ il__ / __ / __

C.F. __

Residente a__ Via/Piazza__ n. __

Telefono__ e mail: __

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 la succitata persona beneficiaria del Progetto Ritornare a casa Plus /proprio nucleo familiare di cui all'attestazione ISEE sociosanitario 2026, **ha sostenuto per l'annualità 2026 le seguenti spese per far fronte ai bisogni che non trovano risposta nelle ordinarie misure sanitarie e sociali:**

☐ **Pagamento fornitura energia elettrica** per un importo di € __ di cui € __
__ rimborsato da altra misura a favore dei non abbienti;

☐ **Pagamento fornitura di riscaldamento (gas, gasolio, legnatico, pellet, altro)** per un importo di € __ di cui € __ rimborsato da altra misura a favore dei non abbienti;

☐ **Pagamento medicinali, integratori, ausili, protesi e dispositivi medici** che non sono erogati dal Servizio Sanitario Regionale o che siano forniti in misura insufficiente per un importo di € __ di cui € __ rimborsato da altra misura a favore dei non abbienti;

☐ **Pagamento servizi professionali di assistenza alla persona** attivati nelle more dell'attuazione del programma regionale "Ritornare a casa plus", relativi all'anno 2026;

Chiede il versamento del beneficio secondo le modalità che seguono:

☐ Accredito sul conto corrente bancario/postale _____ intestato alla
persona beneficiaria del Progetto Ritornare a casa Plus

>Filiale/Agenzia

>Codice Iban

[illegible]

Allega alla richiesta la seguente documentazione:

() pezze giustificative relative alla fornitura di energie elettrica e riscaldamento relative al periodo _____ ;

() scontrini fiscali / ricevute relative a fornitura medicinali, integratori, ausili, protesi e dispositivi medici relativi al periodo ;

() pezze giustificative relative ai servizi professionali di assistenza alla persona relative al periodo .

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali che si assume, ai sensi dell'articolo 76 del DPR n. 445 del 2000, n. 445, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, **dichiara che**

() tutte le suddette spese non sono coperte dal Servizio Sanitario Regionale e da altre misure a favore dei non abbienti.

() parte delle suddette spese (specificare quali) _____
sono coperte dal Servizio Sanitario Regionale e da altre misure a favore dei non abbienti.

Villaurbana, li _____

Firma del dichiarante