

**RICHIESTA CONTRIBUTO PROGRAMMA REGIONALE "MI PRENDO CURA"
ANNUALITÀ' 2021**

Il/La sottoscritto/a _____

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

Codice Fiscale

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

Residente/domiciliato a _____ in via _____, _____

recapito telefonico _____ cellulare _____

e-mail _____

In qualità di

- Beneficiario di progetto RAC PLUS
- Tutore legale
- Amministratore di sostegno

del Sig./ra _____

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

Codice Fiscale

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

residente in Portoscuso _____ in via _____, _____

recapito telefonico _____ cellulare _____

e-mail _____, Beneficiario di progetto RAC PLUS

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.

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 nell'anno 2021, è stato beneficiario di progetto RAC PLUS/Disabilità Gravissime per i mesi da _____ a _____;

Di aver sostenuto nell'anno 2021 nel periodo di fruizione del programma RAC PLUS/ Disabilità Gravissime, le seguenti spese complessive, per far fronte alle esigenze della persona beneficiaria dello stesso progetto, come meglio dettagliato nell'allegato 1 e come da copia delle attestazioni di pagamento/pezze giustificative relative agli stessi periodi, allegate alla presente istanza:

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

- Dichiaro altresì di aver preso visione dell'informativa di cui al RGDP relativa al trattamento dei dati personali nel perseguimento delle finalità connesse al procedimento per la concessione ed erogazione dei contributi di cui all'oggetto, di averla compresa in tutte le sue parti e di autorizzare il trattamento dei dati inseriti nella presente istanza.

Allega:

- Allegato 1 contenente il dettaglio delle spese sostenute e delle relative attestazioni di spesa
- Copia attestazioni di pagamento delle spese effettuate;
- Copia documento di identità in corso di validità;
- Decreto di nomina di tutela o di amministrazione di sostegno (nei casi previsti e se non già agli atti d'Ufficio)

Portoscuso, lì _____

Firma del Dichiarante
