Allegato 1 **Mi prendo cura anno 2026**

Al Comune di Portoscuso
Ufficio Servizi Sociali

RICHIESTA DI EROGAZIONE DEL CONTRIBUTO "MI PRENDO CURA" IMPLEMENTAZIONE DEL PROGETTO "RITORNARE A CASA PLUS" Annualità 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 _____, ___ 1 recapito

telefonico _____ e-mail _____

BENEFICIARIO DEL PROGETTO “RITORNARE A CASA PLUS” – 2026

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, per l’annualità 2026.

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 aver sostenuto le spese relative alle pezze giustificative, per l’annualità 2026, allegate alla presente dichiarazione per far fronte alle seguenti esigenze della persona beneficiaria del Progetto Ritornare a casa Plus;

☐ Che le spese indicate nell’ultima colonna della tabella allegata non sono rimborsabili (o da dichiarare esenti) dal Sistema Sanitario Nazionale, né hanno trovato o trovano copertura tra le tradizionali misure a favore dei non abbienti.

☐ Di voler ricevere il contributo economico nel modo indicato:

Accredito su conto corrente intestato al beneficiario CODICE IBAN

OPPURE

con delega alla riscossione a favore di _____

nato a_____ il ___/___/_____

residente in_____

via_____

CODICE IBAN :

Allega:
- Tabella spese rimborsabili
- Attestati di pagamento delle spese effettuate;
- Copia documento di identità in corso di validità del beneficiario e dell'eventuale delegato;
- Decreto di nomina di tutela o di amministratore di sostegno (nei casi previsti)

Portoscuso lì_____

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 Portoscuso.

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".

Portoscuso, lì_____

Firma del dichiarante _____

TABELLA DELLE SPESE RIMBORSABILI DAL PROGRAMMA REGIONALE "MI PRENDO CURA" 2026

TIPOLOGIA DI SPESA	TOTALE IMPORTO	NON COPERTO DA ALTRE MISURE DI SOSTEGNO
Fornitura energia elettrica	€_____	€_____
Fornitura per riscaldamento ☐ GAS ☐ GASOLIO ☐ PELLET ☐ LEGNA ☐ ALTRO	€_____	€_____
Medicinali	€_____	€_____
Protesi	€_____	€_____

Ausili o altre attrezzature	€_____	€_____
Servizi professionali di assistenza alla persona (solo Ipotesi B)	€_____	€_____
Contributo Beneficiari RAC PLUS (affetti da SLA)	€_____	€_____

La presente tabella costituisce parte integrante della domanda di erogazione del contributo di cui al programma regionale “Mi prendo cura” per l’annualità 2026