Allegato B)

AL COMUNE DI PORTOSCUSO

OGGETTO: Richiesta rimborso delle spese sostenute nell'intero anno 2026 - Programma regionale "Mi prendo cura"

Il/la sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ (_____) il _____ Residente a _____(_____) in via_____
Codice Fiscale: _____Tel. _____Email._____

In qualità di:
□ destinatario del programma
□ Tutore/ Curatore/Amministratore di sostegno del beneficiario:
□ familiare di riferimento del beneficiario (specificare il grado di parentela) _____
□ Altro _____

Del Sig. _____ _____ nato/a __ il_____ e residente in Villamar in P.zza/Via/vico_____ _____
Codice Fiscale _____Tel./cell. n°_____
_____Email._____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/2000 n. 445 e ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000; sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Che il/la beneficiario/a del Programma "Mi prendo Cura" nell'anno 2026 ha sostenuto le seguenti spese relative a:

1. energia elettrica per un importo di € _____di cui € _____ rimborsato da altra misura;
2. riscaldamento (gas, gasolio, legnatico, pellet, altro) per un importo di € _____ di cui € _____rimborsato da altra misura;
3. medicinali, integratori, ausili e / o protesi per un importo di €_____ di cui € _____rimborsato da altra misura;

Oppure

4. servizi professionali di assistenza alla persona per un importo di €_____.

Nota Bene :

il contributo assegnato alle persone:

- che hanno un progetto "Ritornare a casa plus" attivo "**livello assistenziale dimissioni protette**", 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";

- 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 o per le persone affette da SLA e sclerosi) può essere utilizzato

esclusivamente per l'acquisizione di servizi professionali di assistenza alla persona.

DICHIARA

Che i medicinali, gli integratori, ausili e protesi che non siano a carico del servizio sanitario regionale o non siano forniti in misura sufficiente, per i quali si chiede il rimborso della spesa sostenuta nell'anno 2026, sono stati acquisiti a seguito di prescrizione medica così come previsto dalle nuove Linee di indirizzo "Mi prendo cura" annualità 2026 - 2027;

Il contributo assegnato a ciascun beneficiario nell'anno 2026, non potrà superare € 2.000,00 (fatta eccezione per le persone affette da SLA e sclerosi il cui contributo massimo potrà arrivare a €. 3.000,00) per l'intera annualità; tale importo verrà riproporzionato in base al mese di attivazione del "Progetto Ritornare a casa Plus" e secondo l'eventuale decurtazione in ragione del superamento delle soglie ISEE (ai sensi della Tabella allegata alla D.G.R n. 67/24 del 23.12.2025).

• il rimborso delle spese sostenute per la fornitura di energia elettrica e di riscaldamento verrà calcolato:

- in ragione del numero dei componenti del nucleo familiare del beneficiario,
- e di specifiche esigenze dell'utente interessato

Allega:
• Ricevute di pagamento delle spese effettuate;
• Copia del documento di identità in corso di validità;

Portoscuso, lì __

Firma del Dichiarante

_____