

OGGETTO: Richiesta di accesso al Programma "Mi prendo cura" ai sensi della Legge Regionale 22 Novembre 2021 N. 17, ART. 6 e delle Delibere della Giunta regionale n. 48/46 del 10/12/2021, n. 12/17 del 07/04/2022 e n. 10/28 del 16/03/2023 – Linee d'indirizzo annualità 2023/2025. Rimborso spese annualità 2025.

__I__ sottoscritt__ nat__ a __
il __/__/__ C.F. __
Residente a __ Via/Piazza __ n. __
Telefono __ e mail: __

nella qualità di:

- ☐ diretto interessato, in quanto beneficiario del Programma "Ritornare a Casa Plus" nell'anno 2025
- ☐ legale rappresentante ☐ amministratore di sostegno ☐ familiare di riferimento ☐ altro

Del/della signor/a _____
nato a _____ il _____ residente a _____
in Via _____ n. ____ C.F. _____
Telefono _____ e mail: _____

RICHIEDE

il beneficio di cui al programma "Mi prendo Cura" - Misura complementare al programma Ritornare a Casa Plus.

DICHIARA

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, consapevole che in caso di false dichiarazioni, di formazione o uso di atti falsi, oltre alle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, l'Amministrazione erogante provvederà alla revoca del beneficio eventualmente concesso sulla base della dichiarazione come previsto dall'art. 75 del suddetto D.P.R. 445/2000;

☐ Di essere attualmente beneficiario del Progetto "Ritornare a Casa Plus" attivo nell'anno 2025 e di aver sostenuto nel corso dello stesso anno le spese documentate nel presente modulo di domanda, correlate all'acquisto di medicinali, protesi e ausili (non forniti dal servizio sanitario regionale), energia elettrica e/o riscaldamento (che non trovano copertura tra le tradizionali misure a favore dei non abbienti);

☐ Di essere attualmente in lista d'attesa per l'attivazione di un progetto Ritornare a Casa Plus da oltre 30 giorni e di aver sostenuto da quella data spese per l'acquisizione di servizi professionali di assistenza alla persona per € _____, come documentato dalla documentazione allegata;

☐ che per le spese oggetto di rendicontazione, nella misura in cui le stesse sono rimborsate con la presente misura, non ha ricevuto e non riceverà rimborsi a qualsiasi titolo da altre misure regionali

e statali e che non usufruirà per le stesse delle detrazioni fiscali mediante dichiarazione mod. 730/ Unico 2025;

☐ che il cittadino in possesso dei requisiti previsti dal programma “Mi Prendo Cura” anno 2025 ha sostenuto nell’anno 2025 spese per:

1. medicinali, ausili e protesi per un importo di € _____,
2. energia elettrica per un importo di € _____,
3. riscaldamento (gas, gasolio, legnatico, pellet, altro) per un importo di € _____,
4. servizi professionali di assistenza alla persona per un importo di € _____,
(per i destinatari di cui all’art. 2 b) dell’Avviso Pubblico):

☐ Di impegnarsi a comunicare tempestivamente, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modulo.

Allega:

- Rendicontazione spese sostenute nel 2025 correlate all’acquisto di servizi professionali di assistenza alla persona, medicinali, protesi, ausili, energia elettrica e/o riscaldamento, come meglio specificato nell’Avviso Pubblico;
- Documento bancario /postale contenente il codice iban del c/c sul quale deve essere accreditato il beneficio se diverso rispetto a quello già utilizzato dall’ufficio;
- Copia del documento di identità del richiedente in corso di validità;

Golfo Aranci, _____

Firma

INFORMAZIONE E ACCESSO AI DATI PERSONALI

Regolamento UE 2016/679 – Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati

I dati personali forniti saranno trattati esclusivamente per le finalità relative al presente procedimento, con le modalità e nei limiti stabiliti dal vigente Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.

Il trattamento dei dati sarà effettuato mediante strumenti informatici oltre che manuali e su supporti cartacei, ad opera di soggetti appositamente incaricati.

II/ La sottoscritto/a _____

esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali per le finalità relative al presente procedimento, con le modalità e nei limiti previsti dal vigente Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.

Golfo Aranci li _____

Firma per accettazione
