



COMUNE di ORISTANO
Settore Servizi alla Persona e Cittadinanza
Servizi Sociali

Al Settore Servizi alla Persona e Cittadinanza
Ufficio Servizi Sociali
del Comune di Oristano

**OGGETTO: Domanda di accesso al programma regionale "MI PRENDO CURA" -
D.G.R. 48/46 del 10.12.2021 – Linee di indirizzo annualità 2021/2023**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (Prov.____) il
____/____/____ C.F. _____ residente a _____
(Prov.____) in Via _____ n.____ recapito telefonico _____
cellulare _____ e-mail _____

In qualità di

- beneficiario
- coniuge
- figlio
- Tutore legale
- Amministratore di sostegno
- altro _____

del Sig./ra _____ nato/a a _____ (Prov.____) il
____/____/____ C.F. _____ residente a _____
(Prov.____) in Via _____ n.____ recapito telefonico _____
cellulare _____ 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;

CHIEDE

Di essere ammesso/a al programma regionale "Mi prendo cura" per la seguente tipologia di intervento:

- beneficio economico riconosciuto dal Programma Regionale "Mi prendo cura" finalizzato al rimborso di medicinali, ausili e protesi che non siano forniti dal Servizio Sanitario Regionale e al rimborso della fornitura di energia elettrica e di riscaldamento che non trovano copertura nelle tradizionali a favore dei non abbienti.

- Acquisizione di servizi professionali di assistenza alla persona nelle more dell'attivazione del programma "Ritornare a casa PLUS".

A TAL FINE DICHIARA

- Che la persona interessata è beneficiaria del Programma Regionale "Ritornare a casa PLUS" attivo nel 2022.
- Che la persona interessata ha un'attestazione Isee sociosanitario anno 2022 pari a € _____;
- Che in data ____/____/_____ ha presentato domanda di attivazione di un nuovo progetto "Ritornare a casa Plus" formalmente acquisita dall'Ambito Plus di riferimento, valutata positivamente come da verbale U.V.T. N° _____ del _____ ed è in attesa dell'attivazione dello stesso da oltre trenta giorni.

Allega:

- documento d'identità del beneficiario e del richiedente, se diverso;
- eventuale Decreto di nomina di Tutela, Curatela o Amministrazione di Sostegno nei casi previsti;
- attestazione Isee sociosanitario 2022;
- documento delle Poste o della Banca attestante l'IBAN sul quale effettuare il rimborso.

Luogo e data, _____

Firma del Dichiarante

DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE

Il/ La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (Prov.____) il
 ____/____/____ C.F. _____ residente a _____
 (Prov.____) in Via _____ n. _____ recapito telefonico _____
 cellulare _____ e-mail _____

In qualità di

- beneficiario
- coniuge
- figlio
- Tutore legale
- Amministratore di sostegno
- altro _____

del Sig./ra _____ nato/a a _____ (Prov.____) il
 ____/____/____ C.F. _____ residente a _____
 (Prov.____) in Via _____ n. _____ recapito telefonico _____
 cellulare _____ e-mail _____

DICHIARA

- Che le spese documentate non sono state rimborsate dal Sistema Sanitario Regionale, o da misure concesse da disposizioni nazionali, regionali o comunali previste per le stesse finalità;

Di aver sostenuto nel (barrare la voce che interessa)

- 1° semestre dell'annualità 2022
- 2° semestre dell'annualità 2022

le spese di seguito indicate per fare fronte alle esigenze della persona beneficiaria del Progetto "Ritornare a casa Plus":

Pagamento fornitura energia elettrica per un importo di € _____;

Pagamento fornitura di riscaldamento (gas, gasolio, legnatico, pellet, altro) per un importo di € _____;

Pagamento medicinali, ausili e / o protesi per un importo di € _____ di cui € _____ rimborsato da altra misura (Specificare _____).

CHIEDE inoltre che il suddetto rimborso avvenga mediante accredito su conto corrente intestato a _____

CODICE IBAN:

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

Luogo e data, _____

Firma del Dichiarante
