

COMUNE DI ESCALAPLANO
Città Metropolitana di Cagliari

Arrivo il

Prot. N.
Uff. Serv. Sociali

Al Comune di Escalaplano
Via Sindaco Giovanni Carta n. 18
09051 Escalaplano (CA)
UFFICIO SERVIZI SOCIALI

PEC: protocollo@pec.comune.escalaplano.ca.it

OGGETTO: Domanda di accesso al programma regionale "MI PRENDO CURA"
D.G.R. 48/46 del 10/12/2021 e 10/28 del 16/03/2023 – annualità 2025

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Il _____

Codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Residente a _____ Prov. _____ Via _____

Recapito telefonico	_____
---------------------	-------

e-mail	_____
--------	-------

In qualità di

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

del Sig./ra _____

Nato/a a _____ Il _____

Codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Residente a _____ Prov. _____ Via _____

Recapito telefonico	_____
---------------------	-------

e-mail	_____
--------	-------

CHIEDE

Di essere ammesso/a al programma regionale **"Mi prendo cura anno 2025"** 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 misure 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

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;

- ☐ Che la persona interessata è beneficiaria del Programma Regionale "Ritornare a casa PLUS" attivo nel:
 - ☐ 2025
- ☐ Che la persona interessata è affetta da:
 - ☐ Sclerosi laterale amiotrofica (SLA)
 - ☐ Sclerosi
- ☐ Che la persona interessata ha un'attestazione ISEE sociosanitario anno 2025 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 2025;
- ☐ certificazione medica attestante la patologia (SLA o sclerosi);
- ☐ certificazioni di pagamento relative alla fornitura di energia elettrica e riscaldamento relative all'anno 2025;
- ☐ scontrini fiscali / ricevute / fatture relative a fornitura di medicinali, ausili e protesi relativi all'anno 2025;
- ☐ dichiarazione personale da cui risulti che tali spese non sono coperte dal SSN e da altre misure a favore dei non abbienti;
- ☐ Buste paga o fatture relative all'acquisizione di servizi professionali di assistenza alla persona nelle more dell'attivazione del programma "Ritornare a casa PLUS";
- ☐ Dichiarazione personale da cui risulti che tali spese non sono coperte dal SSN e da altre misure a favore dei non abbienti.

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. _____

Consapevole che, ai sensi dell'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 nell'anno 2025 le spese di seguito indicate** per fare fronte alle esigenze della persona beneficiaria del Progetto **"Ritornare a casa Plus – Annualità 2025"** o della persona affetta da SLA o sclerosi:
- ☐ 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 _____).
 - ☐ Pagamento per buste paga o fatture relative all'acquisizione di servizi professionali di assistenza alla persona nelle more dell'attivazione del programma "Ritornare a casa PLUS"

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 essere a conoscenza che il suddetto rimborso avverrà **con accredito sul conto corrente già utilizzato per il pagamento delle misure previste dai progetti "RITORNARE A CASA PLUS"**, o in caso di progetti non attivati o di persone affette da SLA o sclerosi sul seguente conto corrente postale/bancario:

IBAN				Istituto Bancario/Poste:															
Paese	CIN E.	CIN	ABI	CAB	Numero c/c														

- ☐ intestato a nome del/la sottoscritto/a
☐ cointestato tra la/le persona/e richiedente/i e il Sig./Sig.ra (nome e cognome)

Luogo e data, _____

Firma del Dichiarante _____