

COMUNE DI PLOAGHE
Città Metropolitana di Sassari
Servizio Socio-Assistenziale, Cultura, Istruzione, Sport e Spettacolo
servizisociali@comune.ploaghe.ss.it
servizisociali@pec.comune.ploaghe.ss.it



**Modulo di attivazione per l'accesso al programma regionale "MI PRENDO CURA" di cui
alla DGR n°67/24 del 23/12/2025.**

ANNO 2026.

__l__ sottoscritt* _____ nato/a _____
il ____ / ____ / ____ C.F. _____ residente
a _____ via/piazza _____
n. _____

Telefono _____ e-mail: _____

in qualità di:

- ☐ beneficiari* del programma "Ritornare a casa Plus";
- ☐ Amministratore di sostegno/Tutore;
- ☐ familiare di riferimento

del/della signore/a: _____

nato/a a _____ il ____ / ____ / ____ residente a Ploaghe

in via _____ n. _____

C.F. _____ Telefono _____

e-mail: _____

beneficiario del progetto RAC Plus;

CHIEDE

di essere ammess* al beneficio economico riconosciuto dalla Regione Sardegna nell'ambito del Programma "Mi prendo cura", come destinatario della:

☐ **Linea 1)** a favore di persone che hanno un piano "Ritornare a casa plus" attivo nell'anno 2026.

☐ **Linea 2)** a favore di persone 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.

☐ persona affetta da sclerosi laterale amiotrofica e/o sclerosi.

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci e

All. A – Modulo di attivazione

della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R.:

☐ di essere consapevole che in caso di “livello assistenziale dimissioni protette”, il contributo richiesto può essere utilizzato esclusivamente per l’acquisizione di servizi professionali di assistenza alla persona.

☐ dichiara che, come destinatario della **linea 1)** utilizzerà il contributo esclusivamente per le finalità previste dalle Linee Guida:

- acquisizione di servizi professionali di assistenza alla persona, ad integrazione di quelli già previsti nel piano personalizzato “Ritornare a casa plus”;
- acquisizione, a seguito di prescrizione medica, di medicinali, integratori, ausili e protesi che non siano a carico del Servizio sanitario regionale o non siano forniti in misura sufficiente;
- acquisizione di forniture di energia elettrica e di riscaldamento che non trovino copertura tra le tradizionali misure a favore dei non abbienti;

☐ dichiara che, come destinatario della **linea 2)** utilizzerà il contributo esclusivamente per le finalità previste dalle Linee Guida:

- acquisizione di servizi professionali.

☐ di impegnarsi a consegnare l'allegato b "modulo rimborso spese" con l'allegata documentazione, utile al riconoscimento del rimborso richiesto;

DICHIARA, inoltre

☐ che la persona interessata è beneficiaria del Programma Regionale “Ritornare a casa” attivo nel 2026;

☐ che la persona interessata ha un'attestazione ISEE sociosanitario anno 2026 pari a € _____ ;

CHIEDE

☐ chiede che il suddetto rimborso avvenga accredito su conto corrente intestato a

CODICE IBAN:[illegible]

Allega:

- Attestazione ISEE sociosanitario anno 2026;
- Copia documento di identità del beneficiario e del richiedente, se diverso;
- Eventuale decreto di nomina di tutela o di amministratore di sostegno (nei casi previsti);
- Fotocopia del codice IBAN (intestato alla persona beneficiaria o cointestato con quest'ultima), non sono ammissibili IBAN collegati a libretti postali.
- Allegato b “modulo rimborso spese”.

Ploaghe,

Firma del dichiarante

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.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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

Il/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.

Ploaghe, li _____

Firma per accettazione

Ploaghe, li _____

(Firma del richiedente)