

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 rimborso spese
Programma Regionale “MI PRENDO CURA” di cui alla DGR n°67/24 del 23/12/2025.
ANNO 2026.

Il 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
☐ altro

del/della signore/a: _____
nato/a a _____ il ____ / ____ / ____ residente a Ploaghe
in via _____ n. _____
C.F. _____ Telefono _____
e mail: _____

beneficiario del progetto RAC Plus;

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, di essere consapevole che:

- ☐ la documentazione giustificativa presentata è intestata al beneficiario/a; non sono pertanto ammessi giustificativi generici (privi di intestazione);
- ☐ gli scontrini e/o le fatture relativi all’acquisto di medicinali o ausili riportano la tipologia, la quantità e la natura dei prodotti acquistati, nonché obbligatoriamente il codice fiscale del beneficiario;
- ☐ le buste paga, le fatture e ogni altra documentazione relativa alle spese di assistenza sostenute e all’assunzione dell’operatore attestano il possesso dei requisiti di esperienza e/o formazione previsti dalla RAS;

All. B - Modulo rimborso spese.

☐ le spese dichiarate e allegate non risultano coperte dal Servizio Sanitario Regionale né da altre misure di sostegno a favore dei soggetti non abbienti.

DICHIARA, inoltre:

☐ che la spesa totale meglio indicata nei successivi punti e nelle pezze giustificative allegate, è pari ad €

☐ che le spese sostenute nell'anno 2026 relative al _____ semestre (indicare se I o II) non coperte dalle tradizionali misure per i non abbienti sono le seguenti:

Tipologia (es: energia elettrica o riscaldamento)	Importo	Periodo (indicare se I o II semestre)

☐ che le spese sostenute nell'anno 2026 relative al _____ semestre (indicare se I o II o) non supportate dal Sistema Sanitario Regionale sono le seguenti:

Tipologia (medicinali, ausili, protesi)	Importo	Periodo (indicare se I o II semestre)

☐ che le spese sostenute nell'anno 2026 relative al _____ semestre (indicare se I o II) sui servizi professionali di assistenza alla persona, sono le seguenti:

Tipologia (servizi professionali di assistenza alla persona)	Importo	Periodo (indicare se I o II semestre)

DICHIARA, inoltre

- ☐ che la persona interessata ha presentato domanda di attivazione di nuovo progetto "Ritornare a casa plus" acquisita dal PLUS Osilo in data _____ prot. n. _____
- ☐ che il proprio ISEE Socio-Sanitario per l'anno in corso e di € _____
- ☐ Chiede che il suddetto rimborso venga accreditato su conto corrente intestato a _____

CODICE IBAN:[illegible]

N. b. non sono ammissibili IBAN collegati a libretti postali.

Allega:

- ☐ copia prescrizione medica per l’acquisizione di medicinali, integratori, ausili e protesi presentati.
- ☐ documento di riconoscimento del richiedente e del beneficiario in corso di validità;
- ☐ fotocopia del codice IBAN (intestato alla persona beneficiaria o cointestato con quest’ultima);
- ☐ pezze giustificative relative alla fornitura di energia elettrica/ riscaldamento/servizi anno 2026;
- ☐ scontrini fiscali/ricevute relative a fornitura di medicinali, ausili e protesi anno 2026 (con indicazione del codice fiscale del beneficiario RAC);
- ☐ Buste paga, fatture e ogni altra ulteriore documentazione relativa alle spese di assistenza sostenute per i servizi professionali di assistenza;

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.

All. B - Modulo rimborso spese.

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)