** C O M U N E D I P L O A G H E**

Provincia di Sassari

Servizio Socio Assistenziale, Cultura, Istruzione, Sport e Spettacolo

[servizisociali@comune.ploaghe.ss.it](mailto:servizisociali@comune.ploaghe.ss.it)

[servizisociali@pec.comune.ploaghe.ss.it](mailto:servizisociali@pec.comune.ploaghe.ss.it)

|  |
| --- |
| **Modulo di domanda per l’accesso al programma regionale “MI PRENDO CURA” di cui alla DGR n°10/28 del 16/03/2023.**  **Linee d’indirizzo annualità 2023/2025.**  **ANNO 2025.** |

\_\_l\_sottoscritt\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Via/Piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_   
Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nella sua qualità di:

 diretto /a interessato/a o  legale rappresentante o  familiare di riferimento o Amm. di Sostegno

di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso al beneficio economico riconosciuto dalla Regione Sardegna nell’ambito del Programma “Mi Prendo cura”

* in quanto già beneficiario del programma Ritornare a casa Plus nell’anno 2025, per il rimborso delle seguenti spese:
* l’acquisizione di medicinali, ausili e protesi che non siano forniti dal servizio sanitario regionale o coperti del tutto da contributi di altra natura o detrazione fiscale;
* la fornitura di energia elettrica e di riscaldamento i cui oneri non trovino copertura tra le tradizionali misure a favore dei non abbienti;
* in quanto richiedente l’accesso al Programma Ritornare a casa Plus e in attesa da oltre 30 giorni per la sua attivazione, per il rimborso unicamente delle seguenti spese:
* acquisizione di servizi professionali di assistenza alla persona.

**DICHIARA**

* che la persona interessata è beneficiaria del programma “Ritornare a casa   
  PLUS”.
* 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 avvenga nel modo indicato: accredito su conto corrente intestato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CODICE IBAN** :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**OPPURE**

con mandato in contanti a favore del titolare del progetto “Ritornare a casa PLUS” con delega alla riscossione a favore di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alla richiesta devono essere allegata la seguente documentazione:

* Documento di riconoscimento del richiedente e del beneficiario in corso di validità;
* Decreto di nomina di Amministratore di Sostegno o incaricato della tutela della persona destinataria del

programma “Ritornare a casa Plus”;

* Certificazione ISEE socio-sanitario in corso di validità del beneficiario del progetto Ritornare a casa;
* Certificazione medica attestante la diagnosi di Sclerosi laterale amiotrofica (SLA) e sclerosi (solo per i

pazienti con dette patologie).

Sarà considerata ammissibile e dunque rimborsabile esclusivamente la documentazione di spesa sotto elencata:

* fatture e/o certificazione/i di pagamento relative alla fornitura di energia elettrica/riscaldamento di utenze

attestate al beneficiario del Programma;

* scontrini fiscali/fatture relative all’acquisto di medicinali, ausili e protesi intestati al beneficiario del Programma

(farà fede il codice fiscale);

* documenti tracciabili digitalmente (bonifici bancari o postali, carte di debito e credito), riconducibili al

beneficiario del Programma e corredati dal titolo di pagamento (scontrini, fatture, bollette ecc);

* contratti di lavoro e buste paga o altra documentazione attestante l'acquisto di servizi professionali di assistenza

alla persona a favore del beneficiario del Programma;

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma per accettazione  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Ploaghe, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Firma del richiedente)