** 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

 servizisociali@pec.comune.ploaghe.ss.it

|  |
| --- |
|  **DOMANDA DI ACCESSO AL PROGRAMMA REGIONALE**  **“MI PRENDO CURA”****D.G.R. n.10/28 del 16/03/2023** |

\_\_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, finalizzato al rimborso di forniture di medicinali, ausili e protesi che non sono erogati dal Servizio Sanitario Regionale nonché al rimborso delle spese sostenute per la fornitura di energia elettrica e di riscaldamento che non trovino copertura tra le tradizionali misure a favore dei non abbienti, (ottenibile solo se beneficiari di un progetto “Ritornare a casa plus” attivo nel 2024 o che ne facciano richiesta nel corso dell’anno 2024) e per l'acquisizione di servizi professionali di assistenza alla persona(ottenibile solo se e stata presentata domanda di attivazione di un nuovo progetto "Ritornare a casa plus" e formalmente acquisita dall’ambito Plus di riferimento da oltre 30 giorni e non ancora attivata).

 **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 amiotrifica (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 intestate

 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**

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