

**Scadenza 31/01/2027**

**Al Comune di Maracalagonis  
Settore Politiche Sociali**

**DA CONSEGNARE A MANO ALL'UFFICIO PROTOCOLLO**

**OGGETTO: PROGRAMMA REGIONALE “MI PRENDO CURA” ANNO 2025. RICHIESTA DI RIMBORSO DELLE SPESE ANNUALITÀ 2026**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_  
cell. \_\_\_\_\_ indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_

in qualità di beneficiario del Programma regionale “Mi prendo cura” annualità 2026:

oppure:

- ☐ Tutore e legale rappresentante;  
☐ Amministratore di sostegno;

del beneficiario del Programma regionale “Mi prendo cura” \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a Maracalagonis in Via \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_

con riferimento alla Domanda di attivazione Programma Regionale “Mi prendo cura” – Anno 2026  
presentata in data \_\_\_\_\_ con Prot.n. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**Il rimborso delle spese sostenute nel corso dell'anno 2026.**

A tal fine, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 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 2026 le seguenti spese:

TIPOLOGIA	IMPORTO
MEDICINALI (NON FORNITI DAL SSN)	
AUSILI (NON FORNITI DAL SSN)	
PROTESI (NON FORNITI DAL SSN)	
ENERGIA ELETTRICA	
RISCALDAMENTO (GAS, GASOLIO, PELLETT, LEGNA, ALTRO)	
SERVIZI PROFESSIONALI DI ASSISTENZA ALLA PERSONA	

**Scadenza 31/01/2027**

### **DICHIARA, INOLTRE**

- che le forniture di medicinali, ausili e protesi per le quali si richiede il contributo non sono stati erogate dal Servizio Sanitario Regionale e non verranno detratte in fase di dichiarazione dei redditi nel corso dell'anno successivo;
- che le forniture di energia elettrica e di riscaldamento per le quali si richiede il contributo non hanno trovato copertura tra le tradizionali misure a favore dei non abbienti.
- che i servizi professionali per i quali si chiede il contributo non hanno trovato copertura in altri interventi comunali, regionali, ministeriali;

Tutta la documentazione relativa alle spese sostenute dovrà essere consegnata all'Ufficio Protocollo del Comune di Maracalagonis **a mano e in busta chiusa.**

Le pezze giustificative, quali fatture o ricevute d'acquisto recanti l'intestazione dell'esercente, dovranno necessariamente riportare i seguenti dati:

1. Nome, cognome e codice fiscale dell'acquirente, il quale deve coincidere con il beneficiario del programma Ritornare a casa;
2. Importo;
3. Causale o bene acquistato;
4. Le utenze elettriche dovranno riferirsi all'immobile in cui il beneficiario risulta residente;
5. Data dell'acquisto che deve essere relativa ai periodi di attivazione del programma;
6. Gli scontrini fiscali dovranno essere accompagnati da una attestazione del venditore che riporti i dati su indicati.

**NON SONO RIMBORSABILI le spese per visite specialistiche, prestazioni infermieristiche e/o fisioterapiche, esami ematochimici, trasporti in ambulanza, ecc.;**

Si allega alla presente la seguente documentazione:

1. Copia documento di identità in corso di validità del richiedente e del beneficiario;
2. Decreto di nomina di tutela o di amministratore di sostegno (nei casi previsti);
3. Copia degli attestati di pagamento dell'utenza elettrica con relative bollette 2026;

**e in originale:**

4. Fatture o ricevute d'acquisto recanti l'intestazione dell'esercente relative alle spese sostenute nell'anno 2026 per il riscaldamento, quali ad esempio, pellet, gasolio, bombole di gas, legna etc;
5. Scontrini fiscali e fatture o ricevute d'acquisto recanti l'intestazione dell'esercente relative a fornitura di medicinali, ausili e protesi relativi all'anno 2026 con indicazione del codice fiscale del beneficiario.
6. Buste paga e ricevute pagamento contributi INPS relative ai servizi professionali di assistenza alla persona assicurate nel 2026.

**Si dichiara di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016 e di averne compreso l'intero contenuto.**

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)

\_\_\_\_\_