

**Al Comune di Maracalagonis
Settore Politiche Sociali**

DA CONSEGNARE A MANO ALL'UFFICIO PROTOCOLLO

OGGETTO: PROGRAMMA REGIONALE "MI PRENDO CURA" ANNO 2024. RICHIESTA DI RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE NEL ____° SEMESTRE 2024

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

in qualità di beneficiario del Programma regionale "Mi prendo cura":

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 2024
presentata in data _____ con Prot.n. _____

CHIEDE

- Il rimborso delle spese sostenute nel 1° semestre 2024 (scadenza 31/08/2024)**
- Il rimborso delle spese sostenute nel 2° semestre 2024 (scadenza 15/02/2025)**

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 2024 le seguenti spese per far fronte alle esigenze della persona beneficiaria del Progetto Ritornare a casa Plus:

1. Pagamento fornitura energia elettrica per un importo complessivo di € _____
2. Pagamento fornitura di riscaldamento (gas, gasolio, legnatico, pellet, altro) per un importo di € _____
3. Pagamento medicinali, ausili e / o protesi (es. Panni, traverse, cotone, salviette, integratori alimentari, creme e detersivi specifici ecc. relativi alla cura della persona beneficiaria) per un importo complessivo di € _____

4. Servizi professionali di assistenza alla persona (solo **Ipotesi B - aspiranti beneficiari**) €

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;
- 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 2024;

e in originale:

4. Fatture o ricevute d'acquisto recanti l'intestazione dell'esercente relative alle spese sostenute nell'anno 2024 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 2024 con indicazione del codice fiscale del beneficiario.

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)
