Scadenza 30/11/2024

Al Comune di Maracalagonis
Settore Politiche Sociali

OGGETTO: Domanda attivazione Programma Regionale "Mi prendo cura" – Anno 2024.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il_____

residente a _____ in Via _____ n. ____

codice fiscale

telefono _____ cell. _____ indirizzo e-mail: _____

In qualità di (barrare la voce interessata):

- ☐ diretto interessato

oppure

- ☐ coniuge
- ☐ figlio/a
- ☐ tutore/curatore
- ☐ amministratore di sostegno
- ☐ altro _____

del/della Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____ il _____

CODICE FISCALE

residente a _____ in Via _____ n. ____

recapito telefonico: _____ cellulare: _____

e-mail: _____

CHIEDE

☐ l'ammissione al beneficio economico "**Mi prendo cura"**, finalizzato al rimborso di medicinali, ausili e protesi che non sono forniti dal Servizio Sanitario Regionale e al rimborso della fornitura di energia elettrica e di riscaldamento che non trovano copertura in altre misure in quanto beneficiario del Progetto Ritornare a casa PLUS nel corso dell'anno 2024;

☐ l'ammissione al beneficio economico "**Mi prendo cura"**, finalizzato al rimborso per servizi professionali di assistenza alla persona nelle more dell'attivazione del programma regionale "Ritornare a casa Plus" **avendo presentato domanda di attivazione di un nuovo progetto "Ritornare a casa Plus" formalmente acquisita dall'Ambito diriferimento, ed essendo in attesa da oltre trenta giorni per la sua attivazione.** In quest'ultimo caso esclusivamente per l'acquisizione di servizi professionali di assistenza alla persona

Scadenza 30/11/2024

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e ss.mm., 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

DICHIARA

- 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;

CHIEDE, INOLTRE

che il versamento del rimborso delle spese di cui al presente Avviso, sia effettuato tramite accredito sul C.C. Bancario o Postale

☐ Intestato al sottoscritto (amm. di sostegno)

☐ Intestato al beneficiario RAC

CODICE IBAN

N.B.:

- il contributo assegnato non potrà superare €. 2.000,00 una tantum per l'intera annualità, e € 3.000,00 per i beneficiari affetti da sclerosi laterale amiotrofica e sclerosi. L'importo verrà riproporzionato secondo il mese di attivazione del "Progetto Ritornare a casa Plus" nell'anno 2024 e secondo l'eventuale decurtazione in ragione del superamento delle soglie ISEE (ai sensi della Tabella allegata alla D.G.R. n. 10/28 del 16/03/2023);
- Il rimborso delle spese sostenute per la fornitura di energia elettrica e di riscaldamento verrà calcolato in ragione del numero dei componenti del nucleo familiare del beneficiario

A tal fine si allegano:

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 del codice IBAN

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 richiedente (per esteso e leggibile)

_____