

OGGETTO: Richiesta Attivazione Programma Regionale “Mi prendo cura”. Annualità 2026

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ Prov. () in Via _____ n. _____
_____ codice fiscale _____ telefono _____
_____ cell. _____ indirizzo e-mail: _____
_____ PEC _____

In qualità di:

- ☐ interessato
☐ coniuge
☐ figlio
☐ tutore
☐ amm.re di sostegno
☐ altro _____ (specificare)

Del/della Sig./ra _____ nato/a _____ Prov. () il _____
_____ residente a _____ in Via/P.zza _____
_____ n. _____ cod. fiscale _____) recapito
telefonico _____ e-mail _____ PEC _____

CHIEDE

- ☐ l'ammissione al beneficio economico “**Mi prendo cura**”, finalizzato al rimborso delle spese sostenute per l'acquisto 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 per l'annualità 2026;
- ☐ l'ammissione al beneficio economico “**Mi prendo cura**”, finalizzato al rimborso delle spese sostenute per servizi professionali di assistenza alla persona in quanto beneficiario del Progetto Ritornare a casa PLUS “livello assistenziale dimissioni protette” per l'annualità 2026;
- ☐ l'ammissione al beneficio economico “**Mi prendo cura**”, finalizzato al rimborso delle spese sostenute 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 di riferimento, 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.

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 il/la Sig. _____ è beneficiario di un progetto “Ritornare a casa Plus” **in rinnovo** per l'anno 2026;
- che il/la Sig. _____ è beneficiario di un **nuovo** progetto “Ritornare a casa Plus” dalla data del ____/____/2026;

- che a favore del/la Sig. _____ è stata presentata domanda di attivazione di un nuovo progetto “Ritornare a casa Plus” **formalmente acquisita dall’Ambito di riferimento**, e di essere in attesa da oltre trenta giorni per la sua attivazione;
- che le forniture di medicinali, ausili e protesi per le quali si richiede il contributo non sono state 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

CODICE IBAN

[illegible]

☐ a me intestato

oppure

☐ Intestato al seguente componente del nucleo familiare/delegato

Nome e Cognome _____ nato/a a _____

il _____ residente in _____, Via _____

Codice Fiscale

Allega la seguente documentazione:

- Copia documento di identità del richiedente, in corso di validità;
- Decreto di nomina di tutela o di amministrazione di sostegno (nei casi previsti e se non già agli atti d'Ufficio);
- Copia del codice IBAN.

San Vito, _____

FIRMA

DICHIARA

Di aver preso visione dell'informativa Privacy allegata al bando pubblico;

AUTORIZZA

Il trattamento dei miei dati personali ai sensi del **Regolamento europeo per la protezione dei dati personali n. 2016/679**.

San Vito, _____

FIRMA