

ALLEGATO A

Al Comune di FONNI
VIA SAN PIETRO 4
08023 FONNI (NU)

**OGGETTO: Programma regionale “Mi prendo cura” di cui alla L.R. n.17 del 22.11.2021 D.G.R n.48/46 del 10.12.2021 - D.G.R. n.12/17 del 07/04/2022
Misura complementare al Programma regionale “Ritornare a casa PLUS”
Domanda di accesso al Contributo – Linee di indirizzo 2023–2025**

_____ sottoscritt _____ nat _____ a _____

il ____/____/____ C.F. _____

Residente a _____ Via/Piazza _____ n. _____

Telefono _____ mail _____

in qualità di:

- ☐ diretto interessato
- ☐ legale rappresentante
- ☐ familiare di riferimento (grado di parentela) _____

Del/della signor/a _____

Nato/a a _____ il _____ C.F _____

Residente a _____ Via/Piazza _____ n. _____

Telefono _____ mail _____

CHIEDE

In riferimento all'annualità 2023, di essere ammesso al beneficio economico di cui in oggetto, riconosciuto dalla Regione Sardegna, per la seguente tipologia di intervento:

- ☐ il rimborso per le spese sostenute per l'acquisto di medicinali, ausili e protesi che non sono erogati dal Servizio Sanitario Regionale;
- ☐ il rimborso delle spese sostenute per la fornitura di energia elettrica e di riscaldamento che non trovano copertura tra le tradizionali misure a favore dei non abbienti;
- ☐ La copertura delle spese sostenute per l'acquisizione di servizi professionali di assistenza alla persona, nelle more dell'attivazione del Programma “Ritornare a casa PLUS”;

A tal fine:

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n.445/2000, recante il Testo Unico delle disposizioni di legge e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art.76 per coloro che rilasciano dichiarazioni false e mendaci, sotto la sua personale responsabilità,

DICHIARA

- ☐ Che la persona interessata è beneficiaria del programma “Ritornare a casa PLUS” attivo nel 2023 (per i punti 1 e 2 di cui sopra);
- ☐ Che la persona interessata ha un’attestazione ISEE Anno 2023 per prestazioni socio-sanitarie, redatta secondo la normativa vigente e priva di omissioni e difformità, pari a €._____
- ☐ Che la persona interessata ha presentato in data ____/____/____ apposta domanda di attivazione di un nuovo progetto “Ritornare a casa plus”, valutata positivamente dall’Unità di Valutazione Territoriale dell’Azienda Sanitaria Locale, formalmente acquisita dall'ambito plus di riferimento e in attesa di attivazione dello stesso da oltre trenta giorni (punto 3 di cui sopra);
- ☐ Che nel corso dell’anno 2023 ha sostenuto le spese documentate, correlate al Programma regionale in oggetto, come meglio dettagliato nell’Allegato B che si allega;
- ☐ Che provvederà a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nella presente istanza;

Chiede che il suddetto rimborso avvenga nel modo indicato:

☐ accredito su conto corrente intestato a _____

COD. IBAN _____

Codice Fiscale

Informativa effettuata ai sensi dell’art. 13 Regolamento (UE) 2016/679 (RGDP)

DICHIARA di aver preso visione dell’Avviso pubblico contenente l’informativa ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016, autorizza il COMUNE DI FONNI al trattamento dei dati personali forniti nell’ambito della presente istanza, per le finalità di cui all'informativa riportata nel Bando, e dichiara di essere informato, ai sensi dell’art.13 del citato decreto, che tali dati saranno raccolti e trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Fonni li, _____

Firma leggibile

AUTORIZZA LA RACCOLTA E L'UTILIZZO DEI PROPRI DATI PERSONALI, SENSIBILI E PARTICOLARI per le finalità di cui all'informativa sopra riportata.

Fonni li, _____

Firma leggibile

ALLEGATI

- Documento di identità del richiedente e del beneficiario in corso di validità;
- Attestazione ISEE Anno 2023 per prestazioni socio-sanitarie, redatta secondo la normativa vigente e priva di omissioni e difformità;
- Pezze giustificative relative alla fornitura di energia elettrica e riscaldamento relative all'anno 2023;
- Scontrini fiscali / ricevute fiscali relative a fornitura di medicinali, ausili e protesi relativi all'anno 2023, con la chiara specificazione del Codice Fiscale del beneficiario;
- Pezze giustificative relative all'acquisizione di servizi professionali di assistenza alla persona (documentazione attestante la regolare assunzione, corredata delle buste paga e dei relativi contributi INPS), relativa alla copertura delle spese riferite all'annualità 2023, a favore degli utenti che sono in attesa dell'attivazione del progetto "Ritornare a casa plus" da oltre trenta giorni.
- Allegato B riepilogativo delle spese di cui trattasi.