

OGGETTO: domanda di accesso al programma “Mi prendo cura”2023 di cui alla deliberazione di giunta regionale n. 10/28 del 16/03/2023.

Scadenza 05/02/2024

__I__ sottoscritt__ nat__ a __

il __/__/__ C.F. __

Residente a __ Via/Piazza __ n. __

Telefono __ e mail: __

nella sua qualità di:

☐ beneficiario/a del programma “**Ritornare a casa PLUS**”.

o

☐ Amministratore di Sostegno/Tutore/Curatore __

☐ familiare di riferimento

Del/la signor/a __

Nato/a a __ il __ residente a **Sadali**

in Via __ n. __ C.F. __

Telefono __ e mail: __

beneficiario/a del programma “Ritornare a casa PLUS” nell’anno **2023**.

CHIEDE

di essere ammesso/a al beneficio economico Programma “**Mi prendo cura**” 2023 di cui alla deliberazione di giunta regionale n. 10/28 del 16/03/2023, per:

☐ l’acquisizione di medicinali, ausili e protesi che non siano soddisfatti dal Servizio sanitario regionale e di forniture di energia elettrica e di riscaldamento che non trovino copertura tra le tradizionali misure a favore dei non abbienti, a favore dei beneficiari di un progetto Ritornare a casa plus attivo nel **2023**.

☐ l'acquisizione di servizi professionali di assistenza alla persona a favore di coloro che, avendo presentato domanda di attivazione di un nuovo progetto "Ritornare a casa plus" formalmente acquisita dall’ ambito di riferimento, siano in attesa da oltre trenta giorni per la sua attivazione.

CHIEDE altresì

☐ di essere beneficiario di Ritornare a casa affetto da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) o Sclerosi.

Il rimborso dovrà avvenire nel modo sotto indicato:

☐ accreditato su conto corrente intestato a _____
COD. IBAN _____
☐ con delega alla riscossione a favore di _____, nato a _____ il _____, residente in _____ Via _____
Codice Fiscale _____
su conto corrente intestato a _____
COD. IBAN _____

INFORMATIVA PRIVACY

Si informa che, ai sensi della normativa vigente, i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, saranno trattati, anche facendo uso di strumenti informatici, al solo fine di consentire l'attività di valutazione e di erogazione dell'intervento, nel rispetto della vigente normativa (GDPR 679/2016).

Titolare del Trattamento : Comune di Sadali - email: protocollo@comune.sadali.ca.it ; PEC: protocollo@pec.comune.sadali.nu.it; Centralino: 0782599012.

Responsabile Protezione Dati: Dasein srl , Referente per Titolare/Responsabile è il dott. Giovanni Maria Sanna, email : sanna.dpo@dasein.it ; giannisanna59@pec.it

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi della normativa vigente (GDPR 679/2016), presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità previste per la Richiesta di attivazione del Programma Regionale "Mi prendo cura".

Firma del dichiarante

Alla richiesta dovrà essere allegata la seguente documentazione:

- documento di riconoscimento del richiedente e del beneficiario in corso di validità;
- pezze giustificative relative alla fornitura di energie elettrica e riscaldamento relative all'anno **2023**;
- scontrini fiscali / ricevute relative a fornitura di medicinali, ausili e protesi relativi all'anno **2023**;
- dichiarazione personale da cui risulti che tali spese non sono coperte dal SSN e da altre misure a favore dei non abbienti;

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(art. 46 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la Sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____, residente a _____ in via _____, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000;

A SEGUITO DELLA

Richiesta di ammissione al beneficio economico **"Mi prendo cura"** per i beneficiari del programma "ritornare a casa, Plus" anno _____

per se stesso ☐ per il beneficiario ☐ _____

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;

DICHIARA

Che le pezze giustificative allegate all'istanza **"ritornare a casa plus"** non trovano copertura tra le tradizionali misure a favore dei non abbienti e che:

☐ le spese mediche non sono state (o non saranno) oggetto della detrazione fiscale del 19% in sede di dichiarazione dei redditi;

☐ le spese mediche sono state (o saranno) oggetto della detrazione fiscale del 19% in sede di dichiarazione dei redditi per un importo complessivo pari ad € _____ (indicare l'importo complessivo che s'intende portare in dichiarazione dei redditi).

Sadali ,.....

Firma del dichiarante
(per esteso e leggibile)

Ai sensi dell'art. 10 della legge 675/1996 e successive modificazioni, le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.