**Al Responsabile del Servizio Sociale Professionale**

**Comune di SERRENTI**

**PRESENTAZIONE ISTANZE ENTRO IL 31.10.2024**

**Oggetto:** Programma regionale “**Mi prendo cura**” – LL.RR. 17/21, 22/22 e 1/23 e DGR 48/46, 12/17, 18/28 – **Istanza di Rimborso Spese per la Misura “Mi prendo cura” – Annualità 2024**

Il/la sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_\_ a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_\_

Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**in qualità di:**

□ diretto interessato

□ amministratore di sostegno/incaricato della tutela/curatore

□ titolare della responsabilità genitoriale

□ familiare di riferimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicare il rapporto di parentela)

del Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nat\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In quanto:

 **Già beneficiario del Programma “Ritornare a casa PLUS” dalla data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Consapevole delle conseguenze e responsabilità civili e penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o in caso di falsità in atti punite dal codice penale e dalle leggi penali in materia (ai sensi degli artt. 75, 76 e 77 del D.P.R. 445/2000) e della conseguente decadenza dei benefici eventualmente conseguiti;

**CHIEDE**

Che vengano rimborsate le spese sostenute in favore del/la beneficiario/a del Programma “Ritornare a casa PLUS”nell’anno **2024**, per le seguenti categorie di spese**:**

□ forniture dei medicinali, ausili e protesi che non sono soddisfatte dal Servizio Sanitario regionale e forniture di energia elettrica e di riscaldamento che non trovano copertura tra le tradizionali misure a favore dei non abbienti;

□ 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;

**DICHIARA**

□ che il beneficiario è affetto da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) o sclerosi (ai fini dell’integrazione di ulteriori € 1.000,00 ai sensi della DGR 10/28 del 16 marzo 2023);

che l’ammontare del valore ISEE Socio-Sanitario in corso di validità ammonta ad € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_

che l’ammontare delle spese sostenute al momento dell’istanza e per cui si richiede rimborso è quello riassunto nella tabella seguente:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SPESA** | **TOTALE** | **PARTE GIA’ RIMBORSATO DA ALTRA MISURA** |
| **Fornitura energia elettrica** |  |  |
| **Fornitura di riscaldamento** (gas, gasolio, legnatico, pellet, altro) |  |  |
| **Medicinali, ausili e/o protesi** |  |  |
| **Servizi professionali di assistenza alla persona a favore del beneficiario** |  |  |

**Dichiara altresì che le ulteriori spese sostenute fino al 31/12/2024 saranno presentate entro il 31/01/2025 con modulo integrativo.**

**DICHIARAZIONI EVENTUALI**

□ il beneficiario è deceduto in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Chiede che il rimborso avvenga nelle seguenti modalità:**

accredito sul conto corrente bancario/postale intestato a ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

COD. IBAN

|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

**Allega alla presente:**

* Documenti di riconoscimento del richiedente e del beneficiario in corso di validità;
* Attestazione ISEE Socio Sanitario in corso di validità;
* Attestati di pagamento delle spese effettuate (gli scontrini e le fatture dovranno essere parlanti e dovrà essere indicato il codice fiscale del beneficiario); \*
* Pezze giustificative per l’acquisizione di servizi di assistenza alla persona;
* Eventuali documentazioni utili all’accoglienza dell’istanza se non già trasmesse con la richiesta per il progetto “Ritornare a Casa PLUS”.

**Si ricorda ai richiedenti del progetto “Mi prendo cura”:**

1. **che verranno rimborsate solo le pezze giustificative riferite al beneficiario del progetto “Ritornare a casa – Plus”**
2. **che tutte le pezze giustificative dovranno essere inserite in busta chiusa e allegate alla presente richiesta.**

Ulteriori pezze giustificative riferite all’annualità 2024 potranno essere consegnate entro il 31.01.2025.

**Dichiara inoltre:**

DI AVER PRESO VISIONE dell’Informativa sul trattamento dei dati personali (Art. 13 Regolamento UE 2016/679 – GDPR) allegata all’Avviso in oggetto e di essere consapevole che il Comune di Serrenti tutela la riservatezza dei dati personali e garantisce ad essi la necessaria protezione da ogni evento che possa metterli a rischio di violazione.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Luogo) (Data)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Firma del dichiarante)