**Al Responsabile del Servizio Sociale Professionale**

**Comune di SERRENTI**

**MODULO INTEGRATIVO**

**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 – trasmissione documentazione spese sostenute fino al 31.12.2024.**

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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ad integrazione della domanda da me presentata per l’annualità 2024**,

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 l’ammontare delle spese sostenute entro il 31.12.2024 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** |  |  |

**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;
* 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;

**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.**

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

(Luogo) (Data)

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

(Firma del dichiarante)