

OGGETTO: L.R. n.17 del 22 novembre 2021 - Programma regionale "Mi prendo Cura". Annualità 2024

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (Prov.____) il
____/____/____ C.F. _____ residente a _____ (Prov.____)

in Via _____ n.____ recapito telefonico _____

e-mail _____

in qualità di:

- beneficiario
 coniuge
 tutore legale
 altro _____
- figlio/a
 amministratore di sostegno

del Sig./ra _____ nato/a a _____ (Prov.____) il
____/____/____ C.F. _____ residente a _____

(Prov.____) in Via _____ n.____ recapito telefonico _____

e-mail _____

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 è punito 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 in merito alla decadenza;

CHIEDE

Di essere ammesso al beneficio economico "Mi prendo cura 2024" per la seguente tipologia di intervento:

INTERVENTO 1

beneficio economico riconosciuto dal Programma Regionale "Mi prendo cura" finalizzato al rimborso di medicinali, ausili e protesi che non sono forniti dal Servizio Sanitario Regionale e/o al rimborso della fornitura di energia elettrica e di riscaldamento che non trovano copertura in altre misure.

INTERVENTO 2

acquisizione di servizi professionali di assistenza in quanto in attesa da più di 30 giorni di attivazione del progetto ritornare a casa.

A TAL FINE DICHIARA

- Che la persona interessata è beneficiaria del Programma Regionale "Ritornare a casa PLUS" attivo nel _____;
- Che la persona interessata, beneficiaria del Programma Regionale "Ritornare a casa PLUS" è affetta da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), Sclerosi;
- Che la persona interessata ha un'attestazione ISEE per l'anno 2024 pari a € _____;
- Che in data ____/____/____ ha presentato domanda di attivazione del progetto "Ritornare a casa Plus", acquisita dall'Ambito Plus di riferimento, valutata positivamente come da verbale U.V.T. N° _____ del _____ ed è in attesa dell'attivazione dello stesso da oltre trenta giorni;

DICHIARA INOLTRE

Che le spese documentate non sono state rimborsate dal Sistema Sanitario Nazionale, o da misure concesse da disposizioni nazionali, regionali o comunali previste per le stesse finalità;

Di aver sostenuto, per fare fronte alle esigenze della persona beneficiaria del Progetto "Ritornare a casa Plus", nel periodo (barrare la voce che interessa):

1° semestre dell'annualità 2024;

2° semestre dell'annualità 2024;

Di aver sostenuto le spese qui di seguito indicate:

Pagamento fornitura energia elettrica per un importo di € _____;

Pagamento fornitura di riscaldamento (gas, gasolio, legnatico, pellet, altro) per un importo di € _____;

Pagamento medicinali, ausili e / o protesi per un importo di € _____ di cui € _____ rimborsato da altra misura (specificare _____).

San Vero Milis, lì _____

Firma del Dichiarante

Allega:

Documento di riconoscimento del richiedente e del beneficiario in corso di validità;

Certificazione ISEE SOCIO – SANITARIO ANNO 2024;

(eventuale) Certificazione medica relativa alla Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), Sclerosi;

Copia ricevute attestanti l'avvenuto pagamento delle spese per le quali si chiede il rimborso;

Eventuale Decreto di nomina di Tutela, Curatela, Amministrazione di Sostegno nei casi previsti.

Codice IBAN di C/C bancario o postale intestato al beneficiario.

AUTORIZZA

Il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento europeo per la protezione dei dati personali n. 2016/679 e della normativa vigente in materia.

DICHIARA

di aver preso visione e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali sul sito del Comune all'indirizzo www.comune.sanveromilis.or.it e di essere consapevole che i dati personali forniti con la presente domanda saranno trattati e conservati dall'Amministrazione Comunale di San Vero Milis ai sensi del Regolamento UE n. 2016/679 per il periodo di svolgimento dell'attività correlata. L'interessato potrà esercitare i diritti indicati nell'informativa ai sensi del sopracitato regolamento.

Il titolare del trattamento dei dati è il Comune di San Vero Milis.

San Vero Milis, lì _____

Firma del Dichiarante