Al Comune di Posada
Ufficio Servizio Socio Assistenziale

OGGETTO: ***Richiesta di accesso al Programma Regionale "Mi prendo cura" Annualità 2026 Misura complementare al programma Ritornare a Casa Plus, ai sensi della Legge Regionale 22 Novembre 2021 n. 17, Art. 6 – DGR n .10/28 del 16.03.2023- DGR n°67/24 del 23/12/2025.***

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____in via/piazza _____
n. ____C.F._____telefono_____
email _____

CHIEDE

□ per sé;
oppure in qualità di:
□ familiare di riferimento (indicare il rapporto di parentela) _____;
□ Tutore/ amministratore di sostegno
del/della Sig./ra _____
nato/a a _____ il _____ residente a Posada in via/piazza_____ n._____ C.F._____
telefono_____;
Di poter beneficiare del finanziamento "Mi prendo cura - ***Misura complementare al programma Ritornare a Casa Plus"***

DICHIARA

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, consapevole che in caso di false dichiarazioni, di formazione o uso di atti falsi, oltre alle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, l'Amministrazione erogante provvederà alla revoca del beneficio eventualmente concesso sulla base della dichiarazione come previsto dall'art. 75 del suddetto D.P.R. 445/2000,

□ Di essere attualmente beneficiario del Progetto "Ritornare a Casa Plus" e di aver sostenuto nell'annualità 2026 le seguenti spese:

Spese Ammesse	Spese Sostenute
Servizi professionali di assistenza alla persona, ad integrazione di quelli già previsti nel piano personalizzato "Ritornare a casa plus";	€
Fornitura energia elettrica	€
Riscaldamento	€
Medicinali	€
Ausili	€
Protesi	€

oppure di:

□ essere beneficiario del programma "Ritornare a casa plus - livello assistenziale dimissioni protette" e di aver sostenuto nell'annualità 2026 le seguenti spese:

Spese Ammesse	Spese Sostenute
acquisizione di servizi professionali di assistenza alla persona ad integrazione di quelli gia previsti nel progetto personalizzato	€

Oppure di

□ aver presentato domanda di attivazione di un nuovo Progetto Ritornare a casa, di essere in attesa dell'attivazione del programma da oltre trenta giorni, indipendentemente dall'esito, e di aver sostenuto nell'annualità 2026 le seguenti spese:

Spese Ammesse	Spese Sostenute
acquisizione di servizi professionali di assistenza alla persona	€

□ Di essere affetto da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) e Sclerosi;

DICHIARA INOLTRE

che le suddette spese non sono soggette a rimborso dal Sistema Sanitario Regionale, o da misure concesse da disposizioni nazionali, regionali o comunali previste per le stesse finalità e di impegnarsi a comunicare tempestivamente, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modulo.

CHIEDE

che il suddetto rimborso avvenga mediante accredito sul seguente conto corrente
□ comunicato per il finanziamento RAC
□ nuovo conto intestato al beneficiario

Allega:

- copia del documento di identità del richiedente e del beneficiario in corso di validità;
- copia Isee in corso di validità;
- eventuale copia decreto nomina di tutore/ curatore/ amministratore di sostegno (qualora non presentato per la pratica RAC);
- copia bollette e attestazioni di pagamento relative alla fornitura di energia elettrica e riscaldamento riferite all' anno 2026;
- scontrini / ricevute fiscali in originale riferite a fornitura di medicinali, ausili e protesi riferite all'anno 2026;
- contratto di lavoro, buste paga, ricevute, fatture, contributi Inps comprovanti l'acquisizione di servizi professionali di assistenza alla persona.

Luogo e data, _____

Firma _____

INFORMATIVA PRIVACY

Il/la sottoscritto/a dichiara, infine, di essere informato/a che, ai sensi e per gli effetti del Regolamento dell'Unione Europea per la protezione dei dati personali n. 679/2016, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.
L'informativa della privacy completa è consultabile al seguente indirizzo :
https://www.comune.posada.nu.it/index.php/tzente/privacy.

Firma _____