

ALLEGATO A

**Al Responsabile dei Servizi Sociali
Comune di Romana**

OGGETTO: Richiesta di accesso programma denominato "Mi Prendo Cura" - Misura complementare al programma Ritornare a Casa Plus, ai sensi della Legge Regionale 22 Novembre 2021 n. 17, art. 6 – Domanda di Accesso al Programma "Mi prendo cura" di cui alla DGR n.10/28 del 16.03.2023. Annualità 2023

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____

il ____/____/____

C.F.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Residente a _____ Via/Piazza _____ n. _____

Telefono _____ e mail: _____

nella sua qualità di:

diretto interessato legale rappresentante familiare di riferimento

Del/la signor/la _____ nato/a _____

il ____/____/____

C.F.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Residente a _____ Via/Piazza _____ n. _____

Telefono _____ e mail: _____

CHIEDE

Di essere ammesso al beneficio economico riconosciuto dalla Regione Sardegna di cui al Programma regionale "Mi prendo cura" per il rimborso dei costi sostenuti per:

acquisizione di medicinali, ausili e protesi non coperte dal Servizio Sanitario Nazionale o da altre misure regionali, e di forniture di energia elettrica e di riscaldamento che non trovano copertura con altre misure a favore dei non abbienti (ottenibile solo se beneficiari di un

progetto Ritornare a casa plus attivo nel 2023 o beneficiari di un progetto Ritornare a casa plus attivo nel 2023 che ne facciano richiesta nel corso dell'anno 2023);

per l'acquisizione di servizi professionali di assistenza alla persona (ottenibile solo se è stata presentata domanda di attivazione di un nuovo progetto "Ritornare a casa plus" e formalmente acquisita dall'ambito di riferimento da oltre 30 giorni e non ancora attivata).

A TAL FINE

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 sono puniti 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.

DICHIARA

- che la persona interessata è beneficiaria del programma "Ritornare a casa PLUS";
- che la persona interessata ha presentato domanda di attivazione di nuovo progetto "Ritornare a casa plus" acquisita dal Comune di Romana in data _____ Prot. n. _____;
- che il proprio ISEE Socio Sanitario per l'anno in corso è di €. _____;
- di aver sostenuto le spese relative alle pezze giustificative, per l'annualità 2023 - I° semestre 2023 (gennaio-giugno 2023), allegate alla presente dichiarazione per far fronte alle esigenze della persona beneficiaria del Progetto Ritornare a casa Plus;
- che le spese documentate NON sono tra quelle rimborsate o erogate dal Sistema Sanitario Nazionale;
- che le spese documentate non sono state rimborsate o erogate mediante misure concesse dallo Stato, dalla Regione o dal Comune per le stesse finalità;
- Certificazione medica attestante la diagnosi di Sclerosi laterale amiotrofica (SLA) e sclerosi (solo per i pazienti con dette patologie).

Di voler ricevere il contributo economico nel modo indicato:

8. dichiarazione personale da cui risulti che tali spese non sono coperte dal SSN e da altre misure a favore dei non abbienti;
9. modulo informativa sul trattamento dei dati personali.

AUTORIZZA

Il trattamento dei miei dati personali ai sensi del **Regolamento europeo per la protezione dei dati personali n. 2016/679**.

Luogo e data _____ Firma _____