COMUNE DI MUSEI

Provincia Sud/Sardegna

Settore-Sociale

P.zza IV° Novembre - tel. 0781/7281

pec: comune.musei@legalmail.it

ALL'UFFICIO SERVIZI SOCIALI

DEL COMUNE DI MUSEI

PROGRAMMA REGIONALE "MI PRENDO CURA" – PRESENTAZIONE SPESE SOSTENUTE NELL'ANNO 2025.

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in Via/ Piazza _____ n° ____

Codice fiscale _____

Tel. _____ e-mail_____

In qualità di:

- □ destinatario del programma
- □ amministratore di sostegno del beneficiario: _____
- □ familiare/ referente di riferimento del beneficiario: _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/2000 n. 445 e ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000; sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che la persona destinataria del programma "Mi prendo cura" ha sostenuto, nel periodo dal _____ al _____, durante il periodo in cui il progetto personalizzato "Ritornare a casa PLUS" era attivo, le seguenti spese (delle quali allega copia delle pezze giustificative):

□ **Pagamento fornitura energia elettrica** per un importo di € _____di cui € _____ rimborsato da altra misura;

☐ **Pagamento fornitura di riscaldamento (gas, gasolio, legnatico, pellet, altro)** per un importo di € _____ di cui € _____ rimborsato da altra misura;

☐ **Pagamento medicinali, ausili e / o protesi** che non sono erogati dal Servizio Sanitario Regionale per un importo di €_____ di cui € _____ rimborsato da altra misura.

☐ **Pagamento servizi professionali di assistenza alla persona** attivati nelle more dell'attuazione del programma regionale "Ritornare a casa plus", relative all'anno 2024.

CHIEDE

L'accredito del contributo sul conto corrente bancario/postale intestato o cointestato col beneficiario:

- ☐ già indicato per la misura "Ritornare a Casa Plus"
- ☐ diverso da quello già indicato per la misura "Ritornare a Casa Plus", di cui si allega l'Iban con intestazione;

Allega alla richiesta la seguente documentazione:

( ) pezze giustificative relative alla fornitura di energie elettrica e riscaldamento relative al periodo_____;

( ) scontrini fiscali / ricevute relative a fornitura di medicinali, ausili e protesi relative al periodo_____;

( ) pezze giustificative relative ai servizi professionali di assistenza alla persona relative al periodo_____;

Musei, li_____

_____

(firma del richiedente)