



COMUNE DI SARDARA

PROVINCIA SUD SARDEGNA

Piazza Gramsci, 1 - 09030 SARDARA
Tel. 070 93450201 - Fax. 070 9386111 - Sito istituzionale www.comune.sardara.vs.it
Ufficio Servizi Sociali:
Tel. 0709387105
E mail servizi.sociali@comune.sardara.vs.it
PEC servizi.sociali@pec.comune.sardara.vs.it

Spett.le
Comune di Sardara
Uffici Servizi sociali

Scadenza: 30/07/ 2025
Scadenza: 15/12/ 2025

OGGETTO: ISTANZA D'ACCESSO PROGRAMMA REGIONALE "MI PRENDO CURA" ANNO 2025.

L.R. 22 NOVEMBRE 2021, N. 17. MISURA COMUNALE COMPLEMENTARE AL PROGRAMMA "RITORNARE A CASA PLUS"

_____ I _____ sottoscritt _____ nome _____ cognome _____ nat _____

_____ a _____ il _____ / _____ / _____ C.F. _____

Residente a _____ Via/Piazza _____ n. _____ Telefono _____ e

mail: _____

nella sua qualità di:

diretto interessato legale rappresentante familiare di riferimento amministratore di sostegno

del signor _____ nato a _____ il _____ residente a

_____ in Via _____ n. _____ C.F. _____

Telefono _____ e mail: _____

CHIEDE

(da compilare se già beneficiari del programma Ritornare a casa Plus)

di essere ammesso al beneficio economico riconosciuto dalla Regione Sardegna con DGR n° 48/46 del 10.12.2021, così come integrata dalla D.G.R. n° 12/17 del 07.04.2022, finalizzato al rimborso di forniture di medicinali, ausili e protesi che non sono erogati dal Servizio Sanitario Regionale nonché al rimborso delle spese sostenute per la fornitura di energia elettrica e di riscaldamento che non trovino copertura tra le tradizionali misure a favore dei non abbienti.

A tal fine dichiara:

che la persona interessata è beneficiaria del programma "Ritornare a casa PLUS" nell'anno 2025;

che le attestazioni di spesa allegata non sono soggette ad agevolazioni o coperture economiche da parte del Servizio Sanitario Regionale;

che le attestazioni di spesa allegata sono soggette ad agevolazioni o coperture economiche da parte del Servizio Sanitario Regionale nella misura di € _____

che nell'anno 2025 nessun componente il nucleo familiare del beneficiario del programma "Ritornare a Casa PLUS"

beneficia/ha beneficiato di misure economiche nazionali o regionali a favore dei non abbienti;

che la persona beneficiaria è affetta da Sclerosi laterale amiotrofica (SLA) e/o sclerosi;

CHIEDE

(da compilare se si ha presentato domanda e si è in attesa di attivazione del progetto da oltre 30 giorni)

di essere ammesso al beneficio economico riconosciuto dalla Regione Sardegna con DGR n° 48/46 del 10.12.2021, così come integrata dalla D.G.R. n° 12/17 del 07.04.2022, finalizzato all'acquisizione di servizi professionali di assistenza alla persona nelle more dell'attivazione del programma regionale "Ritornare a casa plus".

A tal fine dichiara:

che la persona interessata nell'anno 2025 ha presentato domanda, formalmente acquisita dall'ambito plus di riferimento, di attivazione di un nuovo progetto "Ritornare a casa PLUS" ed è in attesa di attivazione del programma da oltre trenta giorni;

che intende avvalersi di servizi professionali di assistenza mediante assunzione diretta dipendente;

che intende avvalersi di servizi professionali di assistenza mediante accordo con una cooperativa sociale.

DICHIARA

Consapevole che, ai sensi dell'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.

DI AVER PRESO VISIONE dell'Informativa sul trattamento dei dati personali (Art. 13 Regolamento UE 2016/679 — GDPR) allegata al Bando in oggetto e di essere consapevole che il Comune Sardara tutela la riservatezza dei dati personali e garantisce ad essi la necessaria protezione da ogni evento che possa metterli a rischio di violazione.

Firma del dichiarante

Alla richiesta allega la seguente documentazione:

-documento di riconoscimento del richiedente e del beneficiario in corso di validità;

-pezze giustificative relative alla fornitura di energie elettrica e riscaldamento relative all'anno 2025;

-scontrini fiscali /ricevute relative a fornitura di medicinali, ausili e protesi relativi all'anno 2025.

CONSENSO TRATTAMENTO DATI

Il/la sottoscritto/a dichiara di avere ricevuto, letto ed approvato l'informativa in materia di trattamento dei dati personali di seguito riportata, di averne recepito i principi nonché di aver appreso i propri diritti e la modalità con cui potranno essere fatti valere nell'ambito del trattamento dei propri dati personali e con la sottoscrizione esprime liberamente, manifestamente ed inequivocabilmente il proprio consenso al trattamento medesimo con le modalità e per le finalità di cui all' informativa ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D.Lgs. n. 196/2003 e del GDPR 679/2016.

Sardara, ____ / ____ / 2025

Firma

TABELLA RIEPILOGATIVA DELLE PEZZE GIUSTIFICATIVE PRESENTATE

TIPOLOGIA DI SPESA

TOTALE IMPORTO (pezze giustificative)

Fornitura di energia elettrica

€ _____

Fornitura di riscaldamento

- GAS
- GASOLIO
- PELLET
- LEGNA
- ALTRO

€ _____

Medicinali

€ _____

Protesi

€ _____

Ausili o altre attrezzature

€ _____

Servizi professionali di assistenza alla persona

€ _____

TOTALE

€ _____

Sardara, ____ / ____ / 2025

Firma
