

**Scadenza 15 LUGLIO 2024**

**SPETT.LE COMUNE DI USSANA  
UFFICIO DEI SERVIZI SOCIALI**

**PROGRAMMA REGIONALE "MI PRENDO CURA"  
DOMANDA DI RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE NEL 1° SEMESTRE 2024**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_, \_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

recapito telefonico: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

**In qualità di:**

- sè medesimo;
- coniuge;
- figlio;
- tutore legale;
- amministratore di sostegno;
- Altro \_\_\_\_\_

del/lla Sig./ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_, \_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

**Richiedente/Beneficiario del programma Ritornare a Casa PLUS dal \_\_\_\_\_**

ai sensi di quanto previsto dagli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del medesimo D.P.R. in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi e della decadenza dal beneficio ottenuto sulla base di dichiarazioni non veritiere prevista dall'articolo 75 del citato D.P.R.,

**DICHIARA**

1) Di aver sostenuto le seguenti spese nel **1° semestre 2024**, le cui pezze giustificative sono allegate alla presente dichiarazione:

- Spese sostenute per acquisto di medicinali, ausili e protesi che non siano forniti dal Servizio Sanitario Regionale pari a € \_\_\_\_\_;**

Spese sostenute per la fornitura di energia elettrica che non trovino copertura nelle tradizionali misure a favore dei non abbienti pari a € \_\_\_\_\_;

Spese sostenute per il riscaldamento domestico che non trovino copertura nelle tradizionali misure a favore dei non abbienti pari a € \_\_\_\_\_;

Spese per l'acquisizione di servizi professionali di assistenza alla persona (allegare contratto, buste paga e ricevute di pagamento dei contributi INPS) pari a € \_\_\_\_\_;

2) di essere consapevole che le spese dichiarate sono conformi a quanto stabilito all'art. 6 del bando "Contributo regionale "MI PRENDO CURA" - Biennio 2024/2025" approvato con Determinazione del Responsabile dei Servizi Sociali del Comune di Ussana n. 28 del 23/02/2024.

**N.B:** il contributo assegnato a ciascun beneficiario verrà riproporzionato secondo il mese di attivazione del "Progetto Ritornare a casa Plus" nell'anno di riferimento e secondo l'eventuale decurtazione in ragione del superamento delle soglie ISEE (ai sensi della Tabella allegata alla D.G.R n. 12/17 del 07/04/2022).

**Allega:**

- Copia documento di identità in corso di validità;
- Ricevute di pagamento delle spese effettuate in originale in busta chiusa;

Ussana lì, \_\_\_\_\_

Firma del Dichiarante

\_\_\_\_\_

**INFORMATIVA PRIVACY**

Si informa che, ai sensi della normativa vigente, i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, saranno trattati, anche facendo uso di strumenti informatici, al solo fine di consentire l'attività di valutazione e di erogazione dell'intervento, nel rispetto della vigente normativa (GDPR 679/2016).

Titolare del trattamento dei dati è il Comune di Ussana.

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO**

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi della normativa vigente (GDPR 679/2016), presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità previste per la Domanda di Rimborso delle Spese sostenute del Programma Regionale "Mi prendo cura".

Ussana, lì \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_