Amministrazione destinataria

Comune di Guspini

Ufficio destinatario

Ufficio servizio sociale professionale

Domanda di partecipazione al programma 'Mi prendo cura'

Il sottoscritto

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

Telefono cellulare | **Telefono fisso** | **Posta elettronica ordinaria** | **Posta elettronica certificata**

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

la concessione del contributo economico inerente al programma "Mi prendo cura"

Soggetto interessato

- ○ per sé stesso
- ○ per il seguente familiare o persona a sottoposta a tutela o ad Amministratore di Sostegno

soggetto interessato

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

Residenza

Provincia | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Interno** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.)

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

- ○ di essere in attesa di attivazione del programma "Ritornare a casa PLUS" da oltre 30 giorni, dopo aver presentato formalmente domanda per il suddetto progetto con esito positivo da parte dell'Unità di Valutazione Terrioriale (UVT)

da non usare per presentazione cartacea

○ di essere già beneficiario del progetto "Ritornare a casa PLUS" affetto da Sclerosi laterale amiotrofica (SLA) e/o Sclerosi che ha sostenuto spese per l'acquisizione dei servizi professionali di assistenza alla persona i quali non rientrano nei rimborsi del progetto "Ritornare a casa" per incapienza di tale finanziamento con le seguenti spese:

Spese per l'acquisizione di servizi professionali di assistenza alla persona €

○ Assunzione di assistente familiare con contratto di lavoro domestico

○ Acquisto di servizi di assistenza alla persona da Cooperative sociali

Importo spese € **Denominazione Cooperativa Sociale**

○ di essere già beneficiario del programma "Ritornare a casa PLUS" nell'anno 2024 per un ammontare di:

Importo complessivo spese €

così ripartiti

Tipo spesa **Importo €**

☐ Acquisto di medicinali, ausili e protesi

di cui:

Tipo spesa **Importo €**

☐ medicinali

☐ ausili

☐ protesi

☐ Spese per la fornitura di energia elettrica e/o di riscaldamento **Importo €**

di cui:

Tipo spesa **Importo €**

☐ energia elettrica

☐ riscaldamento

☐ che la persona interessata è affetta da SLA e/o sclerosi

☐ che i servizi professionali di assistenza alla persona non sono già stati rimborsati da altre fonti di finanziamento (es. Home Care Premium, L. 162/98 ecc.)

☑ che le spese sostenute per le forniture di energia elettrica e/o riscaldamento non sono coperte dalle tradizionali misure di sostegno al reddito

☑ che gli scontrini fiscali e/o ricevute relative alla fornitura di medicinali, ausili, protesi non sono coperte dal sistema sanitario nazionale e dai servizi di assistenza professionale

☑ di possedere il seguente ISEE

Importo **Data di rilascio** **Data di scadenza**

€

☑ che il numero dei componenti il nucleo familiare del beneficiario è **numero**

da non usare per presentazione cartacea

CHIEDE INOLTRE

che il versamento del contributo avvenga con la seguente modalità

○ Bonifico su conto corrente intestato al beneficiario

Istituto

IBAN

Codice BIC (swift) (se conto estero)

○ Rimessa diretta per importi inferiori a € 1.000,00

☐ di delegare alla riscossione delle somme una terza persona

(occorre compilare apposita delega con indicazione dei dati delle persona delegata alla riscossione e sottoscritta da entrambi)

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

☐ copia del decreto di nomina (amministratore di sostegno, curatore, tutore legale)

☐ documentazione attestante le spese sostenute per la fornitura di energia elettrica e gas e per la fornitura di medicinali, ausili e protesi e servizi di assistenza professionale

☐ copia del documento di identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)

☐ delega alla riscossione
(quando richiesta, sarà possibile caricare la delega dopo aver salvato il modulo)

☐ altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

☐ dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Luogo	Data	il dichiarante
Guspini		

da non usare per presentazione cartacea