



Al Comune di Alghero
Settore III - Politiche Sociali
Largo San Francesco "Lo Quarter"
07041 Alghero(SS)

**RICHIESTA DI EROGAZIONE DEL CONTRIBUTO "MI PRENDO CURA"
IMPLEMENTAZIONE DEL PROGETTO "RITORNARE A CASA PLUS" -
Livello Base A, Base B, Primo, Secondo, Terzo
Annualità 2026**

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ - (_____) il ____/____/____

Codice

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fiscale

residente/domiciliato in _____ in via _____, _____

recapito telefonico _____ cellulare _____

e-mail _____

In qualità di

- se medesimo
- coniuge
- figlio
- tutore legale
- amministratore di sostegno
- altro _____

del Sig./ra _____

nato/a a _____ - (_____) il ____/____/____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

residente/domiciliato in _____ in via _____, _____

recapito telefonico _____ e-mail _____

- BENEFICIARIO DEL PROGETTO “RITORNARE A CASA PLUS” – 2026;
 - PERSONA CHE, AVENDO PRESENTATO DOMANDA DI ATTIVAZIONE DI UN NUOVO PROGETTO “RITORNARE A CASA PLUS” FORMALMENTE ACQUISITA DALL’AMBITO DI RIFERIMENTO, SIA IN ATTESA DA OLTRE 30 GIORNI PER LA SUA ATTIVAZIONE.

CHIEDE

Di essere ammesso al beneficio economico **“Mi prendo cura”** :

- finalizzato al rimborso di medicinali, integratori, ausili e protesi, a seguito di prescrizione medica, che non sono forniti dal Servizio Sanitario Regionale e al rimborso della fornitura di energia elettrica e di riscaldamento che non trovano copertura in altre misure, per l'annualità 2026 SOLO PER CHI E' GIA' BENEFICIARIO RAC ;
 - finalizzato all'acquisizione di servizi professionali di assistenza alla persona, ad integrazione di quelli già previsti nel piano personalizzato "Ritornare a casa plus" per l'annualità 2026.

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

- Di aver sostenuto le spese relative alle pezze giustificative, **per l'annualità 2026**, allegate alla presente dichiarazione per far fronte alle seguenti esigenze della persona beneficiaria del Progetto Ritornare a casa Plus;
 - Che le spese indicate nell'ultima colonna della tabella allegata non sono rimborsabili (o da dichiarare esenti) dal Sistema Sanitario Nazionale, né hanno trovato o trovano copertura tra le tradizionali misure a favore dei non abbienti.
 - Che le spese mediche/assistenziali
 - **non sono state (o non saranno)** oggetto della detrazione fiscale del 19% in sede di dichiarazione dei redditi;
 - **sono state** (o saranno) oggetto della detrazione fiscale del 19% in sede di dichiarazione dei redditi, per un importo complessivo pari a € _____ ;
 - Di voler ricevere il contributo economico nel modo indicato:

Accredito su conto corrente intestato al beneficiario

CODICE IBAN :

OPPURE

con delega alla riscossione a favore di
nato
a _____ il ____/____/_____ residente a
in
via

CODICE IBAN:

Allega:

- Tabella spese rimborsabili
 - Attestati di pagamento delle spese effettuate;
 - Copia documento di identità in corso di validità del beneficiario e dell'eventuale delegato;
 - Decreto di nomina di tutela o di amministratore di sostegno (nei casi previsti)

Alghero, 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 Alghero.

DICHIARAZIONE DI CONSENTO

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 Richiesta di attivazione del Programma Regionale “Mi prendo cura”.

Alghero, lì

Firma del dichiarante

**TABELLA DELLE SPESE RIMBORSABILI DAL
PROGRAMMA REGIONALE “MI PRENDO CURA”**

TIPOLOGIA DI SPESA	TOTALE IMPORTO	NON COPERTO DA ALTRE MISURE DI SOSTEGNO
Fornitura di energia elettrica	€ _____	€ _____
Fornitura di riscaldamento <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Gasolio <input type="checkbox"/> Pellet <input type="checkbox"/> Legna <input type="checkbox"/> Altro	€ _____	€ _____
Medicinali (corredati da prescrizione medica)	€ _____	€ _____
Protesi (corredati da prescrizione medica)	€ _____	€ _____
Integratori, ausili o altre attrezzature (corredati da prescrizione medica)	€ _____	€ _____
Servizi professionali di assistenza alla persona	€ _____	€ _____
TOTALE	€ _____	€ _____

La presente tabella costituisce parte integrante della domanda di erogazione del contributo di cui al programma regionale “Mi prendo cura” per l’annualità 2026.

Firma _____