|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | COMUNE DI DECIMOMANNUCITTA’ METROPOLITANA DI CAGLIARII SETTORE –SERVIZI SOCIALI **Piazza Municipio 1 - 09033 – Decimomannu (CA)** | **PAGINA****1** |
| **C.F. 80013450921****P.IVA 01419800923** | **Tel. 070966701 – 0709667031** | **MAIL**: dgarau@comune.decimomannu.ca.it**PEC**: protocollo@pec.comune.decimomannu.ca.it |

**Al Responsabile del 1° Settore**

**Servizi socioassistenziali**

###### **del COMUNE DI DECIMOMANNU**

**Scadenza: 31 ottobre 2022**

**OGGETTO: Domanda di Accesso al** **Programma “Mi prendo cura”. L.R. 22 novembre 2021 n. 17 – misura comunale complementare al programma “Ritornare a casa plus” – annualità 2022**

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Via/Piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**nella sua qualità di:**

□ diretto interessato o □ legale rappresentante (tutore o ADS) □ familiare di riferimento

Del/la signor/ra

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**□** **CHIEDE**

di essere ammesso al beneficio economico **“MI PRENDO CURA”** 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 2022;

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

*OPPURE*

□ che le attestazioni di spesa allegate sono soggette ad agevolazioni o coperture economiche da parte del Servizio Sanitario Regionale nella misura di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

□ che nell’anno 2022 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;

***OPPURE*  □** **CHIEDE**

di essere ammesso al beneficio economico **“MI PRENDO CURA”** 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 2022 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 di personale;

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

Dichiara inoltre:

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

Decimomannu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IN FEDE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Chiede che il suddetto rimborso avvenga nel modo indicato:

□ accredito su conto corrente intestato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

COD. IBAN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ con mandato in contanti (solo per importi inferiori a € 1000,00) a favore del titolare del progetto “Ritornare a casa PLUS” con delega alla riscossione a favore di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Codice Fiscale □□□□□□□□□□□□□□□□

**Firma del dichiarante**

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alla richiesta allega la seguente documentazione:

* documento di riconoscimento del richiedente e del beneficiario in corso di validità.
* Informativa privacy