



Comune di

MARRUBIU

Provincia di Oristano

AREA POLITICHE SOCIALI

Domanda di Accesso al Programma “Mi prendo cura”.

DGR n. 48/46 del 10.12.2021 e n. 12/17. del 07.04.2022 - Annualità 2025

__l_sottoscritt_____nato/a_____

il___/___/___C.F._____

Residente a_____Via/Piazza_____n._____

Telefono_____e mail: _____

nella sua qualità di:

☐ diretto/a interessato/a ☐ legale rappresentante ☐ familiare di riferimento

di _____

nato/a a_____il ___/___/___residente a_____

in Via _____n._____C.F. _____

Telefono_____e mail: _____

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;

CHIEDE

di essere ammesso al beneficio economico riconosciuto dalla Regione Sardegna “Mi prendo cura” finalizzato al rimborso di:

☐ spese sostenute per **forniture di medicinali, ausili e protesi** che non sono forniti dal Servizio Sanitario Regionale

☐ spese sostenute per la **fornitura di energia elettrica e di riscaldamento** che non trovano copertura tra le tradizionali misure di sostegno.

☐ spese sostenute per **servizi professionali di assistenza alla persona, avendo presentato domanda di attivazione di un progetto “Ritornare a casa Plus”**, formalmente acquisita dall'ambito di riferimento, in attesa da oltre 30 giorni per la sua attivazione.

- ☐ Che la persona interessata è beneficiaria del Programma Regionale “Ritornare a casa PLUS”, dal ____/____/____; oppure
- ☐ Che ha presentato in data ____/____/____ domanda di attivazione di un nuovo progetto "Ritornare a casa Plus" formalmente acquisita dall'Ambito Plus di riferimento, ed è in attesa dell'esito da oltre trenta giorni;
- ☐ Che la persona interessata ha un'attestazione Isee sociosanitario anno 2025 pari a €_____;

DICHIARA CHE LA DOMANDA E' RELATIVA:

- ☐ per il rimborso relativo al 2025

DICHIARA

di aver sostenuto le spese indicate nella tabella sottostante, **nel corrente anno 2025**, di cui **si allegano i giustificativi di spesa**, per far fronte alle seguenti esigenze della persona beneficiaria del Progetto Ritornare a casa Plus:

	<i>DESCRIZIONE</i>	<i>COSTI</i>
MEDICINALI		
AUSILI		
PROTESI		
ENERGIA ELETTRICA		
RISCALDAMENTO (GAS, PELLETT, LEGNA ETC)		
SERVIZI PROFESSIONALI DI ASSISTENZA ALLA PERSONA		

DICHIARA

-di aver preso visione dell'avviso pubblico e dell'informativa al trattamento dati ed accettarne integralmente i contenuti;

-che le spese, documentate, per le quali si chiede il rimborso ai sensi del programma “Mi prendo Cura” annualità 2025 non sono state sostenute con interventi da parte del Servizio Sanitario Nazionale e /o con altre misure di sostegno;

Chiede che il suddetto rimborso avvenga nel modo indicato:

☐ accredito su conto corrente intestato a _____
COD. IBAN _____
☐ con delega alla riscossione a favore di _____, nato a _____ il _____, residente in _____
Via _____
Codice Fiscale _____
su conto corrente intestato a _____
COD. IBAN _____

Alla richiesta devono essere allegata la seguente documentazione:

- Fotocopia documento di riconoscimento del richiedente e del beneficiario in corso di validità;
- eventuale Decreto di nomina di tutela, curatela o amministrazione di sostegno nei casi previsti;
- Copia delle pezze giustificative relative alle spese sostenute sopra dichiarate (comprese di ricevute attestanti il pagamento di tali spese);
- dichiarazione personale da cui risulti che tali spese non sono coperte dal Servizio Sanitario Regionale e da altre misure a favore dei non abbienti;
- documento delle Poste o della Banca attestante l'IBAN sul quale effettuare il rimborso
- Informativa sul trattamento dei dati

Luogo e Data _____

Firma del dichiarante

INFORMATIVA PRIVACY

(articolo 13 del D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196 e artt.13-14 del Regolamento UE 2016/679) (RGPD)

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Tutti i dati personali trasmessi dal richiedente con la presente domanda saranno trattati esclusivamente per le finalità di gestione della presente procedura e verranno utilizzati, anche con modalità automatizzate, per tale scopo nel rispetto di quanto previsto agli artt. 13-14 del Regolamento UE 2016/679 (RGPD) i dati personali conferiti con la domanda saranno trattati con modalità prevalentemente informatiche e telematiche, per le finalità previste dallo stesso Regolamento, in particolare per l'esecuzione dei propri compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei propri pubblici poteri, ivi incluse le finalità di archiviazione, di ricerca storica e di analisi per scopi statistici. Il conferimento dei dati è obbligatorio e il loro mancato inserimento nella domanda di partecipazione al concorso non consente di dar corso al procedimento. I dati saranno trattati per tutto il tempo necessario all'esecuzione della presente procedura e saranno conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa. I dati non saranno comunicati a terzi né diffusi, se non nei casi specificamente previsti dal diritto nazionale o dell'Unione europea ed indicati nell'informativa dettagliata. I dati personali potrebbero essere comunicati anche ad altre Amministrazioni pubbliche qualora queste debbano trattare i medesimi per eventuali procedimenti di propria competenza istituzionale.

Gli interessati hanno il diritto di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del RGPD) Titolare del trattamento dei dati è IL COMUNE DI MARRUBIU.

Responsabile della protezione dei dati è: Rete Entionline All Privacy

Referente RDP: Nadia Corà – consulenza@entionline.it

Consenso del concorrente: Acquisite le sopra riportate informazioni, con la presentazione della domanda, il dichiarante prende atto ed acconsente espressamente al trattamento dei dati personali come sopra definito.

CONSENSO

Al trattamento da parte del titolare e del responsabile sopra indicati, dei dati personali per le finalità e con le modalità sopra descritte.

Data_____

Firma_____

