

RICHIESTA RIMBORSO SPESE PROGRAMMA REGIONALE "MI PRENDO CURA"
Dichiarazione spese sostenute fornitura energia elettrica/riscaldamento/ medicinali,
ausili e / o protesi, assistenza alla persona
Annualità 2022

Il/La sottoscritto/a _____

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

Codice Fiscale

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

residente in _____ in via _____

recapito telefonico _____ e-mail _____

In qualità di

- se medesimo, beneficiario del programma "Ritornare a casa PLUS"
- familiare (specificare) _____
- tutore legale/amministratore di sostegno
- altro _____

del/la beneficiario/a del programma "Ritornare a casa PLUS"

Sig./ra _____

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

Codice Fiscale

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

residente in _____ in via _____

recapito telefonico _____ e-mail _____

A TAL FINE

consapevole che, ai sensi dell'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 seguenti spese relative alle pezze giustificative allegate alla presente dichiarazione, per far fronte alle esigenze della persona beneficiaria del Progetto Ritornare a casa Plus, così come segue:

1. **Pagamento fornitura energia elettrica** relativo al periodo _____ per un importo di € _____ di cui € _____ rimborsati da altra

misura

(specificare) _____;

2. **Pagamento fornitura di riscaldamento (gas, gasolio, legnatico, pellet, altro)** relativo al periodo _____ per un importo di € _____ di cui € _____ rimborsati da altra misura (specificare) _____;

3. **Pagamento medicinali, ausili e / o protesi** relativi al periodo _____ per un importo di € _____ di cui € _____ rimborsati da altra misura (specificare) _____;

4. Acquisizione di servizi professionali di assistenza alla persona, per un importo di € _____ di cui € _____ rimborsati da altra misura (specificare) _____ **(solo in favore dei beneficiari che siano in attesa dell'attivazione del programma da oltre 30 giorni rispetto alla domanda)**

Allega:

- Attestati di pagamento delle spese effettuate, unitamente a copia fattura/bolletta.

Chiede che i mandati di pagamento relativi al contributo "Mi prendo cura" siano emessi con la seguente quietanza (barrare la casella che interessa)

accredito conto corrente bancario, postale o carta prepagata intestato al beneficiario (allegare fotocopia IBAN rilasciato dalla Banca o dalla Posta, o altro istituto)

delega in favore di altra persona

cognome _____ nome _____

codice fiscale _____

residente a _____ in via _____, _____

con accredito conto corrente bancario, postale o carta prepagata intestato al beneficiario (allegare fotocopia IBAN rilasciato dalla Banca o dalla Posta).

I dati personali, nel rispetto delle disposizioni vigenti, saranno trattati e utilizzati per i fini connessi all'espletamento della procedura in oggetto e per i fini istituzionali dall'amministrazione comunale.

Il conferimento dei dati ha natura obbligatoria in quanto indispensabile per l'espletamento delle procedure richieste. Il rifiuto al conferimento dei dati oppure la mancata indicazione di alcuni di essi potrà comportare l'annullamento del procedimento per impossibilità a realizzare l'istruttoria.

Il trattamento dei dati sarà effettuato con l'ausilio di mezzi informatici e potranno essere comunicati agli altri soggetti coinvolti nella gestione del procedimento e a quelli demandati all'effettuazione dei controlli previsti dalla vigente normativa.

San Sperate, li _____

Firma del dichiarante
