**Al Responsabile del Servizio Sociale Professionale**

**Comune di SERRENTI**

**MODULO INTEGRATIVO**

**Oggetto:** RICHIESTA CONTRIBUTO ECONOMICO DENOMINATO “MI PRENDO CURA” - MISURA COMPLEMENTARE AL PROGRAMMA “RITORNARE A CASA PLUS. Annualità 2025 – **trasmissione documentazione spese sostenute fino al 31.12.2025. SCADENZA PRESENTAZIONE 31/01/2026**

Il/la sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_\_ a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_\_

Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**in qualità di:**

□ diretto interessato

□ amministratore di sostegno/incaricato della tutela/curatore

□ titolare della responsabilità genitoriale

□ familiare di riferimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicare il rapporto di parentela)

del Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nat\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Ad integrazione della domanda da me presentata per l’annualità 2025**,

Consapevole delle conseguenze e responsabilità civili e penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o in caso di falsità in atti punite dal codice penale e dalle leggi penali in materia (ai sensi degli artt. 75, 76 e 77 del D.P.R. 445/2000) e della conseguente decadenza dei benefici eventualmente conseguiti;

**CHIEDE**

Che vengano rimborsate le spese sostenute in favore del/la beneficiario/a del Programma “Ritornare a casa PLUS”nell’anno **2025** per le seguenti categorie di spese**:**

1. L’acquisizione di medicinali, ausili e protesi che non sono soddisfatte dal servizio sanitario regionale e di forniture di energia elettrica e di riscaldamento che non trovano copertura tra le tradizionali misure a favore dei non abbienti (la documentazione attestante le spese deve espressamente indicare i riferimenti del beneficiario);
2. L’acquisizione di servizi professionali di assistenza alla persona a favore di coloro che, avendo presentato domanda di attivazione di un nuovo progetto “Ritornare a casa plus”, siano in attesa da oltre trenta giorni per la sua attivazione.

Che le spese per le quali si richiede il rimborso non sono oggetto di nessun altro finanziamento pubblico.

Di voler ricevere il contributo con le medesime modalità di pagamento utilizzate per il progetto Ritornare a casa.

**Allega alla presente:**

* Documenti di riconoscimento del richiedente e del beneficiario in corso di validità;
* Attestati di pagamento delle spese effettuate (gli scontrini e le fatture dovranno essere parlanti e dovrà essere indicato il codice fiscale del beneficiario);
* Pezze giustificative per l’acquisizione di servizi di assistenza alla persona;

**Si ricorda ai richiedenti del progetto “Mi prendo cura”:**

1. **che verranno rimborsate solo le pezze giustificative riferite al beneficiario del progetto “Ritornare a casa – Plus”**
2. **che tutte le pezze giustificative dovranno essere inserite in busta chiusa e allegate alla presente richiesta.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Luogo) (Data)

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

(Firma del dichiarante)