



COMUNE DI GUAMAGGIORE

Città Metropolitana di Cagliari
Cod. fisc. 80008970925 P.I.01845030921
Tel. 070/985904
Pec: protocollo.guamaggiore@pec.it

**AL COMUNE DI GUAMAGGIORE
UFFICIO SERVIZI SOCIALI**

MODULO RICHIESTA RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE NELL'INTERO ANNO 2026 - PROGRAMMA REGIONALE "MI PRENDO CURA".

Richiesta di rimborso

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ residente a Guamaggiore in via _____

codice fiscale _____

telefono _____ e-mail _____

In qualità di:

- ☐ destinatario del programma
- ☐ incaricato della tutela
- ☐ titolare della potestà genitoriale
- ☐ amministratore di sostegno
- ☐ familiare referente (indicare il rapporto di parentela):

☐ altro (indicare) _____

Del/la Sig./ra _____ nato/a a _____

il _____ residente a Guamaggiore in via _____

codice fiscale _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/2000 n. 445 e ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000; sotto la propria responsabilità



COMUNE DI GUAMAGGIORE

Città Metropolitana di Cagliari

Cod. fisc. 80008970925 P.I.01845030921

Tel. 070/985904

Pec: protocollo.guamaggiore@pec.it

DICHIARA

Che il/la beneficiario/a del Programma “Mi prendo Cura” nell’anno 2026 ha sostenuto le seguenti spese relative a:

- energia elettrica per un importo di € _____ di cui € _____ rimborsato da altra misura;
- riscaldamento (gas, gasolio, legnatico, pellet, altro) per un importo di € _____ di cui € _____ rimborsato da altra misura;
- medicinali, integratori, ausili e / o protesi per un importo di € _____ di cui € _____ rimborsato da altra misura;

Oppure

- servizi professionali di assistenza alla persona per un importo di € _____

Nota Bene:

il contributo assegnato alle persone:

- che hanno un progetto "Ritornare a casa plus" attivo “livello assistenziale dimissioni protette”, può essere utilizzato esclusivamente per l'acquisizione di servizi professionali di assistenza alla persona, ad integrazione di quelli già previsti nel piano personalizzato “Ritornare a casa plus” “livello assistenziale dimissioni protette”;
- che avendo presentato domanda di attivazione di un nuovo progetto “Ritornare a Casa Plus”, formalmente acquisita dall’Ambito di riferimento, siano in attesa da oltre trenta giorni per la sua attivazione o per le persone affette da SLA e sclerosi) può essere utilizzato esclusivamente per l'acquisizione di servizi professionali di assistenza alla persona.

DICHIARA, altresì

Che i medicinali, gli integratori, ausili e protesi che non siano a carico del servizio sanitario regionale o non siano forniti in misura sufficiente, per i quali si chiede il rimborso della spesa sostenuta nell’anno 2026, sono stati acquisiti a seguito di prescrizione medica così come previsto dalle nuove Linee di indirizzo “Mi prendo cura” annualità 2026 - 2027;

Il contributo assegnato a ciascun beneficiario nell’anno 2026, non potrà superare € 2.000,00 (fatta eccezione per le persone affette da SLA e sclerosi il cui contributo massimo potrà arrivare a €. 3.000,00) per l’intera annualità; tale importo verrà riproporzionato in base al mese di attivazione del “Progetto Ritornare a casa Plus” e secondo l’eventuale decurtazione in ragione del superamento delle soglie ISEE (ai sensi della Tabella allegata alla D.G.R n. 67/24 del 23.12.2025).



COMUNE DI GUAMAGGIORE

Città Metropolitana di Cagliari

Cod. fisc. 80008970925 P.I.01845030921

Tel. 070/985904

Pec: protocollo.guamaggiore@pec.it

CHIEDE

il rimborso delle spese sostenute nell'ambito del Programma regionale "Mi prendo cura", per l'annualità 2026

DOCUMENTI ALLEGATI

- ☐ Fatture e/o ricevute relative ai servizi di assistenza alla persona.
- ☐ Bollette e attestazioni di pagamento dell'energia elettrica e del riscaldamento.
- ☐ Scontrini fiscali e/o fatture relativi all'acquisto di medicinali, integratori, ausili e protesi.
- ☐ Eventuali prescrizioni mediche, ove previste.
- ☐ Copia del documento di identità in corso di validità
- ☐ Ulteriore documentazione: _____

Guamaggiore, lì, _____

Firma
