# All’Ufficio Servizi Sociali Del Comune di

# AUSTIS

Oggetto: Programma Regionale “MI PRENDO CURA” – D.G.R. 48/46 del 10.12.2021 - D.G.R. n.12/17del07/04/2022.DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE ANNO 2024

Il/La sottoscritto/a ,nato/a a (prov. ) il , codice fiscale residente a (prov. )in via/piazza , telefono e-mail PEC , **In qualità di**:

* Direttointeressato
* Tutore/Curatore/Amministratoredisostegno
* Familiarediriferimento

Del Sig./ra nato/a a (prov. )il ,codice fiscale residente a (prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_)in via/piazza ,

**Consapevole che, ai sensi dell’art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm., la falsità negli atti e l’uso di atti falsi sonopuniti ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali vigenti e consapevole di quanto disposto dall’art. 77 delmedesimoD.P.R.n.445/2000**

# Intervento 1

**DICHIARA**

Che le spese sostenute in favore del beneficiario del progetto “Ritornare a casa PLUS” nel (barrare la voce che non interessa) **1° semestre 2024 Gennaio-Giugno / 2°semestre 2024 Luglio-Dicembre** sono le seguenti:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipologia di spesa** | **Importo** | **Dichiarazione** |
| Medicinali | € | Non forniti dal Servizio Sanitario Regionale |
| Ausili | € | Non forniti dal Servizio Sanitario Regionale |
| Protesi | € | Non forniti dal Servizio Sanitario Regionale |
| Energia elettrica | € | Di cui € rimborsati da misura di sostegno nazionale, regionale,comunale |
| Riscaldamento | € | Di cui € rimborsati da misura di sostegno nazionale, regionale,comunale |

## A TALFINE

Allega alla presente la copia fotostatica, o file in formato PDF se inviati via e-mail/PEC, dei seguentidocumenti:

* Fatture relative alla fornitura di energia elettrica intestati a nome del beneficiario o di uncomponentedel nucleofamiliaredello stesso;
* Ricevute/Fatture/Scontrini relativi alla fornitura di riscaldamento (gas, legna, pellet, gasolio, altro)intestatianomedel beneficiarioodiuncomponentedelnucleofamiliaredellostesso;
* Fatture/Ricevute/Scontrinidiausilieprotesiintestatianomedelbeneficiario;
* Scontrinirelativiall’acquistodimedicinali,concodicefiscaledelbeneficiario.

# Intervento 2

Che le spese sostenute in favore del richiedente di un progetto “Ritornare a casa PLUS” nell’**anno 2024** sono le seguenti:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipologia di spesa** | **Importo** | **Dichiarazione** |
| Servizi professionali di assistenza alla persona | € | Di cui € rimborsati da misura di sostegno nazionale, regionale,  comunale |

## A TALFINE

Allega alla presente la copia fotostatica, o file in formato PDF se inviati via e-mail/PEC, dei seguenti documenti:

* + Contratto stipulato con una cooperativa sociale oppure contratto di assunzione diretta di personale qualificato;
  + Fatture o busta paga;
  + Ricevuta di avvenuto pagamento delle fatture o busta paga.

Luogo e data **Firma del dichiarante**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**