

COMUNE DI PUTIFIGARI
UFFICIO SERVIZI SOCIALI

P.zza Boyl n°6/8 - 07040 PUTIFIGARI (SS) Telefono 079905023

PEC: protocollo.putifigari@legalmail.it EMAIL: comune.putifigari@tiscali.it

**AL RESPONSABILE DEI SERVIZI SOCIALI
DEL COMUNE DI PUTIFIGARI
P.ZZA BOYL , N° 9
07040 PUTIFIGARI**

OGGETTO: Richiesta di accesso programma denominato “MI PRENDO CURA” - Misura complementare al programma Ritornare a Casa Plus, ai sensi della LEGGE REGIONALE 22 Novembre 2021 N. 17, ART. 6 – Delibera Giunta regionale 48/46 del 10/12/2021 -Delib.G.R. del 07 aprile 2022, n. 12/17. SALDO 2 °SEMESTRE 2022 E 1 ° SEMESTRE 2023.

__l__ sottoscritt__ nome _____ cognome_____

nato/a ____ a _____ il ____/____/____

C.F.																			
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residente a _____ Via/Piazza _____ n. _____

Telefono _____

nella sua qualità di:

- diretto/a interessato/a o
 legale rappresentante
 familiare di riferimento
 amministratore di sostegno

del Sig. _____

nato/a a _____ il _____ residente a _____

in Via _____ n. ____

C.F.																			
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DICHIARA

Ipotesi A)

- di essere beneficiario/a del Progetto “Ritornare a casa PLUS” di livello assistenziale _____ a decorrere dal ____ / ____ / _____ , in vigore al 31/12/2022 e rinnovato ai sensi della D.G.R. 38/76 del 21/12/2022 per l’annualità 2023.

Ipotesi B)

di essere **BENEFICIARIO/A DEL PROGETTO “RITORNARE A CASA PLUS” – 2023** di livello assistenziale _____, a decorrere dal ____ / ____ / _____, come da lettera di avvio del ____ / ____ / _____ prot. _____ del PLUS Bonorva – Ufficio di Piano

Ipotesi C)

Di aver presentato domanda per l’attivazione di un nuovo progetto “Ritornare a Casa” in data ____ / ____ / _____, che sia stata formalmente acquisita dall’ambito di riferimento e risulta tuttora in attesa (da oltre 30 giorni).

CHIEDE

Di essere ammesso al beneficio economico riconosciuto dalla Regione Sardegna con **DGR n° 48/46 del 10.12.2021-Delib.G.R. del 07 aprile 2022, n. 12/17** finalizzato al rimborso di forniture di medicinali, ausili e protesi **che non sono erogati** dal Servizio Sanitario Regionale nonché al rimborso delle spese sostenute per la fornitura di energia elettrica e di riscaldamento **che non trovino copertura tra le tradizionali misure a favore dei non abbienti.**

Di essere ammesso al beneficio economico riconosciuto dalla Regione Sardegna con **DGR n° 48/46 del 10.12.2021-Delib.G.R. del 07 aprile 2022, n. 12/17** finalizzato all’acquisizione di servizi professionali di assistenza alla persona nelle more dell’attivazione del programma “Ritornare a casa PLUS”, avendo presentato domanda di attivazione di un nuovo progetto R.A.C., al Comune di Putifigari il _____ prot. n° _____, formalmente acquisita dall’ambito di riferimento, ma in attesa da oltre 30 giorni per la sua attivazione .

A TAL FINE

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.

DICHIARA

Di aver sostenuto le spese relative alle pezze giustificative, per il 1° **SEMESTRE 2023**, allegate alla presente dichiarazione per far fronte alle esigenze della persona beneficiaria del Progetto Ritornare a casa Plus;

che le spese documentate non sono tra quelle rimborsate o erogate dal Sistema Sanitario Nazionale;

Di aver sostenuto le spese relative all’acquisizione di servizi professionali di assistenza alla persona nelle more dell’attivazione del programma “Ritornare a casa PLUS”, come da pezze giustificative allegate alla presente dichiarazione: **Fatture intestate a nome del beneficiario del contributo con le ricevute di pagamento , contratto ,** per far fronte alle esigenze della persona con disabilità grave .

che le spese documentate non sono state rimborsate o erogate mediante misure concesse dallo Stato, dalla Regione o dal Comune per le stesse finalità.

che le spese indicate nell’ultima colonna della tabella allegata non sono rimborsabili (o da dichiarare esenti) dal Sistema Sanitario Nazionale, né hanno trovato o trovano copertura tra le tradizionali misure a favore dei non abbienti.

Di voler ricevere il contributo economico nel modo indicato:

sul conto corrente bancario o postale vincolato all'ordine del giudice tutelare intestato al titolare:

Nome _____ Cognome _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PER COLORO CHE NON SONO AMMINISTRATI

sul conto corrente bancario o postale intestato a proprio nome:

Nome _____ Cognome _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Allega:

- Dichiarazione sostitutiva di certificazione Mod. Tabella spese rimborsabili (Mi prendo cura) attestante le spese sostenute , di cui si chiede il rimborso con la presente domanda;
- COPIA MODELLO ISEE
- Pezze giustificative relative alla fornitura di energie elettrica e riscaldamento relative **AL 1° SEMESTRE 2023** ;
- Scontrini fiscali / ricevute relative a fornitura di medicinali, ausili e protesi relativi relative **AL 1° SEMESTRE 2023** ;
- Informativa trattamento dati personali (art.13 del regolamento U.E. 2016/679);
- Eventuale copia del decreto di nomina di tutore/ amministratore di sostegno(nei casi previsti);
- Copia del documento d'identità in corso di validità del beneficiario;
- Copia del documento d'identità in corso di validità del richiedente;
- Copia del **CONTRATTO stipulato con gestore servizi professionali di assistenza alla persona** o contratto con lavoratore con denuncia INPS (Per coloro che hanno acquisito servizi professionali di assistenza alla persona)
- Fatture intestate a nome del beneficiario del contributo con le ricevute di pagamento**
Ai sensi dell'art.38 del D.P.R. n.445 del 28 dicembre 2000 le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto notorio da produrre agli organi della Amministrazione Pubblica devono essere sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto, ovvero sottoscritte e inviate insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite incaricato, oppure a mezzo posta.

CONSENSO TRATTAMENTO DATI

Il/la sottoscritto/a _____ dichiara di avere ricevuto, letto ed approvato l'informativa in materia di trattamento dei dati personali di seguito riportata, di averne recepito i principi nonché di aver appreso i propri diritti e la modalità con cui potranno essere fatti valere nell'ambito del trattamento dei propri dati personali e con la sottoscrizione esprime liberamente, manifestamente ed inequivocabilmente il proprio consenso al trattamento medesimo con le modalità e per le finalità di cui all' informativa ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D.Lgs. n. 196/2003.

Firma _____

Luogo/data _____/_____/2023

PROGRAMMA REGIONALE “MI PRENDO CURA”- TABELLA DELLE SPESE RIMBORSABILI

SALDO II° SEMESTRE ANNO 2022

TIPOLOGIA DI SPESA	TOTALE IMPORTO	NON COPERTO DA ALTRE MISURE DI SOSTEGNO <u>Da liquidare con il</u> PROGRAMMA REGIONALE “MI PRENDO CURA” SALDO II° semestre 2022
Fornitura di energia elettrica	€ _____	€ _____
Fornitura di riscaldamento <input type="checkbox"/> GAS <input type="checkbox"/> GASOLIO <input type="checkbox"/> PELLETT <input type="checkbox"/> LEGNA <input type="checkbox"/> ALTRO	€ _____	€ _____
Medicinali	€ _____	€ _____
Protesi	€ _____	€ _____
Ausili o altre attrezzature	€ _____	€ _____
Servizi professionali di assistenza alla persona (<i>solo Ipotesi B</i>)	€ _____	€ _____
TOTALE	€ _____	€ _____

Firma _____

Luogo/data _____/_____/2023

I° SEMESTRE ANNO 2023

TIPOLOGIA DI SPESA	TOTALE IMPORTO	NON COPERTO DA ALTRE MISURE DI SOSTEGNO <i>Da liquidare con il</i> PROGRAMMA REGIONALE “MI PRENDO CURA” I° semestre 2023
Fornitura di energia elettrica	€ _____	€ _____
Fornitura di riscaldamento <input type="checkbox"/> GAS <input type="checkbox"/> GASOLIO <input type="checkbox"/> PELLET <input type="checkbox"/> LEGNA <input type="checkbox"/> ALTRO	€ _____	€ _____
Medicinali	€ _____	€ _____
Protesi	€ _____	€ _____
Ausili o altre attrezzature	€ _____	€ _____
Servizi professionali di assistenza alla persona (<i>solo Ipotesi B</i>)	€ _____	€ _____
TOTALE	€ _____	€ _____

Firma _____

Luogo/data _____ / _____ /2023

**Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE n. 2016/679 (G.D.P.R.),
relativo alla protezione del dato personale**

Il **Comune di Putifigari**, in qualità di **titolare del trattamento dei dati personali** dei propri utenti nell'espletamento dei compiti, dei servizi e delle funzioni tipiche della Pubblica Amministrazione, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 ("GDPR 2016/679"), recanti disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti, rispetto al trattamento dei dati personali

Informa

che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è tenuta lo scrivente Comune.

Finalità del trattamento

I dati personali da Lei forniti vengono raccolti e trattati nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;

Natura del conferimento

Il conferimento dei dati personali suoi e di eventuali suoi collaboratori è necessario per poter procedere alla erogazione dei servizi richiesti. L'eventuale rifiuto di fornire tali dati comporterebbe l'impossibilità di erogare o di erogare correttamente i servizi da Lei richiesti.

Modalità di trattamento e conservazione

Il Comune riceve, conserva, comunica, raccoglie, registra e tratta i dati personali degli utenti che siano strettamente necessari al corretto svolgimento dei compiti attribuiti alla Pubblica Amministrazione, nel rispetto del principio di legalità, legittimità, correttezza e trasparenza.

Le categorie dei dati trattati comprendono i dati anagrafici, e possono anche comprendere dati sanitari, dati patrimoniali ed ogni altro dato personale rilevante per l'adempimento del servizio comunale specificamente esercitato.

Il trattamento dei dati degli utenti dei servizi comunali può essere effettuato sia attraverso supporti cartacei, sia attraverso modalità automatizzate atte a memorizzarli, gestirli e trasmetterli, ed avverrà mediante strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza, tramite l'utilizzo di idonee procedure che evitino il rischio di perdita, accesso non autorizzato, uso illecito e diffusione. Inoltre, tali dati saranno trattati per tutto il tempo necessario allo svolgimento del servizio specificamente richiesto, e potranno successivamente essere conservati se funzionali ad altri servizi.

Diritti dell'interessato

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi dell'art. 7 del Codice Privacy e degli artt. 15-22 del GDPR 2016/679, il diritto di chiedere in ogni momento al Comune l'accesso ai propri dati personali, la rettifica degli stessi qualora non siano veritieri, nonché la loro cancellazione. Potrà poi chiedere la limitazione del trattamento che La riguarda, e potrà opporsi allo stesso laddove sia esercitato in modo illegittimo. L'apposita istanza relativa all'esercizio dei sopracitati diritti potrà essere presentata al Titolare del trattamento o al Responsabile alla protezione dei dati designato, ai recapiti sotto indicati.

Titolare del trattamento dei dati personali:

Comune di Putifigari, con sede in Putifigari, email: comune.putifigari@tiscali.it - pec: protocollo.putifigari@legalmail.it - Tel. 079905023.

Responsabile della Protezione dei dati (RPD) (Art. 13.1.b Regolamento 679/2016/UE)

Il Comune ha nominato come Data Protection Officer (DPO) o Responsabile Protezione Dati (RPD) l'Avv. Alessandra Etzo contattabile inviando una mail a dpo@unionecoros.it.

PUTIFIGARI ____/____/2023

(Luogo e data)

_____ (Firma)

