



COMUNE DI CASTIADAS
Provincia Sud Sardegna – Loc. Olia Speciosa
UFFICIO DI SERVIZIO SOCIALE

OGGETTO: Richiesta attivazione programma regionale “Mi prendo cura”.

SCADENZA PRESENTAZIONE DOMANDE: ORE 13.00 DEL 29/11/2024

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____,
e residente a _____ in via /loc _____ n. _____, Codice Fiscale
_____ tel. _____;

In qualità di:

- CONIUGE FIGLIO TUTORE AMM.RE DI SOSTEGNO
 ALTRO _____ (specificare)

Del/della Sig./ra _____ nato/a _____ il _____
residente a _____ in Via/Loc _____ n. _____
cod. fiscale _____

DICHIARA

- che il proprio coniuge/figlio/tutelato/ è beneficiario del Programma Regionale “Ritornare a casa Plus” a fare data da _____;
- che ha presentato per il proprio coniuge/figlio/tutelato/ la richiesta di attivazione del Programma Regionale “Ritornare a casa Plus” e che la stessa è stata presa in carico dal PLUS Sarrabus Gerrei da oltre 30 giorni;

CHIEDE

di essere ammesso alla seguente tipologia d'intervento:

- 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;
- al rimborso di servizi professionali di assistenza alla persona;

CHIEDE:

che il versamento del Buono a sostegno delle spese per le utenze domestiche sia effettuato tramite accredito sul C.C. Bancario

