

**RICHIESTA ATTIVAZIONE PROGRAMMA REGIONALE “MI PRENDO  
CURA”  
BIENNIO 2024/2025**

\_ l\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_, Via/ Piazza  
\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

In qualità di:

- destinatario del programma “Ritornare a casa PLUS”
- incaricato della tutela
- titolare della potestà genitoriale
- amministratore di sostegno
- familiare referente (indicare il rapporto di parentela): \_\_\_\_\_
- altro (indicare) \_\_\_\_\_

Del/la Sig./ra \_\_\_\_\_  
beneficiario/a del Programma Regionale “Ritornare a Casa PLUS” attivo / in attesa di attivazione da  
più di 30 giorni residente a Sant'Andrea Frius, Via/ Piazza \_\_\_\_\_ n°  
\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Di essere ammesso al beneficio economico “Mi prendo cura” finalizzato al rimborso di medicinali, ausili e protesi che non sono forniti dal Servizio Sanitario Regionale e al rimborso della fornitura di energia elettrica e di riscaldamento che non trovano copertura in altre misure e/o per l’acquisizione di servizi professionali di assistenza alla persona nelle more dell’attivazione del programma regionale “Ritornare a casa PLUS”

Si allega alla presente:

- Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente e del beneficiario
- Certificazione ISEE in corso di validità
- Decreto di nomina di tutela o di amministratore di sostegno o altra delega (nei casi previsti).

Sant'Andrea Frius, lì, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_