



COMUNE DI SASSARI
Settore Diritti Sociali, Inclusione e Pari Opportunità

PROGRAMMA "MI PRENDO CURA" - DICHIARAZIONE SPESE SOSTENUTE
(ai sensi dell'art.47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

___I___ sottoscritt___ nat___ a ___
 il ___ C.F. ___ residente a ___
 via /p.zza/s.v. ___ n. ___

in qualità di:

☐ beneficiari___ della misura;

o in qualità di:

☐ familiare di riferimento

☐ rappresentante legale

del___ beneficiari___ della misura Sig ___
 nat_ a ___ il ___ C.F. ___ residente a ___
 ___ in via/p.zza/s.v. ___ n° ___

Visto l'Avviso pubblico del Programma "Mi prendo cura" complementare al programma "Ritornare a casa Plus", approvato con Determinazione dirigenziale n. 3174 del 12/08/2026, consapevole delle conseguenze penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dei benefici di cui all'art. 75, comma 1 e comma 2 del medesimo D.P.R. 445/2000

DICHIARA

a) per la Linea 1, di cui all'art.1, Linea 1, punto 2) dell'Avviso pubblico "Mi prendo cura" 2026-2027,

di avere sostenuto nell'anno 202_ spese per l'acquisizione, a seguito di prescrizione medica, di medicinali, integratori, ausili e protesi che non siano a carico del Servizio sanitario regionale o non siano forniti in misura sufficiente e non siano coperti da altri contributi pubblici o detrazioni fiscali:

TIPOLOGIA DI SPESA	IMPORTO COMPLESSIVO	
Medicinali	€ _____	Dichiara: ☐ che le spese mediche NON SONO STATE (o non saranno) oggetto della detrazione fiscale del 19% in sede di dichiarazione dei redditi; ☐ che le spese mediche SONO STATE (o saranno) oggetto della detrazione fiscale del 19% in sede di dichiarazione dei redditi per un importo complessivo pari ad € _____ ⁴⁾
Ausili	€ _____	
Protesi	€ _____	
Integratori	€ _____	Allegata prescrizione medica
TOTALE SPESE a)	€ _____	

b) per la Linea 1, di cui all'art.1, Linea 1, punto 3) dell'Avviso pubblico "Mi prendo cura" 2026-2027,

di avere sostenuto spese nell'anno 202__ per l'acquisizione di forniture di energia elettrica e di riscaldamento che non trovino copertura tra le tradizionali misure a favore dei non abbienti:

TIPOLOGIA DI SPESA	IMPORTO COMPLESSIVO	
Energia elettrica	€ _____	Il contratto di fornitura elettrica dovrà essere intestato al beneficiario del contributo o a un familiare con lui convivente, salvo casi eccezionalmente comprovati
Riscaldamento	€ _____	Le spese di riscaldamento dovranno essere riconducibili al beneficiario del contributo o a un familiare con lui convivente, salvo casi eccezionalmente comprovati.
TOTALE SPESE b)	€ _____	

c) per la Linea 1, punto 1) e Linea 2, di cui all'art.1 dell'Avviso pubblico "Mi prendo cura" 2026-2027,

di avere sostenuto spese nell'anno 202__ per l'acquisizione di servizi professionali di assistenza alla persona, ad integrazione di quelli già previsti nel piano personalizzato "Ritornare a casa plus", anche in livello assistenziale "Dimissioni protette" e per l'acquisizione di servizi professionali di assistenza alla persona, a favore delle persone che, avendo presentato domanda di attivazione di un nuovo progetto "Ritornare a casa plus" formalmente acquisita dall'ambito territoriale di riferimento, siano in attesa da oltre trenta giorni per la sua attivazione:

TIPOLOGIA DI SPESA	IMPORTO COMPLESSIVO	
Servizi professionali di assistenza alla persona	€ _____	Dichiara: ☐ che le spese assistenziali NON SONO STATE (o non saranno) oggetto di deduzione/detrazione fiscale in sede di dichiarazione dei redditi; ☐ che le spese assistenziali SONO STATE (o saranno) oggetto di deduzione/detrazione fiscale in sede di dichiarazione dei redditi pari a € _____

A tal fine allega per i punti a) b):

- fatture, ricevute fiscali, ricevute non fiscali (complete di codice fiscale), scontrini e ogni altra ulteriore documentazione relative a fornitura energia elettrica e riscaldamento intestate al beneficiario o familiare convivente. Per gli utenti che usufruiscono del riscaldamento centralizzato (condominiale) è necessario indicare la quota a loro carico certificata dall'amministratore del condominio;
- scontrini fiscali /ricevute fiscali di acquisto di medicinali, ausili e/o protesi con indicazione del codice fiscale del beneficiario e per gli integratori la relativa prescrizione medica;

per il punto c) :

- contratto, buste paga/fatture e ogni altra ulteriore documentazione relativa alle spese di assistenza sostenute, all'assunzione dell'operatore e al possesso dei requisiti di esperienza/formazione richiesti nell'Avviso pubblico del Programma "Mi prendo cura".

_____ il _____
(luogo) (data)

(firma)