



Area Servizi alla Persona

Protocollo numero 6902 del 03/06/2024.

DICHIARAZIONE SPESE SOSTENUTE

(ai sensi dell'art.47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 "Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa)

___ I ___ sottoscritt ___
nat ___ a ___ il ___ residente a ___
in via ___ C.F. ___

in qualità di beneficiari ___ della misura;

o in qualità di:

- familiare di riferimento
- rappresentante legale

del ___ beneficiari ___ della misura Sig

nat ___ a ___ il ___ residente a ___
in via ___ n° ___

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 del medesimo D.P.R.

DICHIARA

sotto la propria responsabilità che:

le spese sostenute nell'anno 2024 non supportate da Sistema sanitario regionale o non coperte dalle tradizionali misure per i non abbienti sono le seguenti:

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.



Area Servizi alla Persona

Tipologia	Importo	Periodo	Intestatario ¹⁾	Relazione ²⁾
Fornitura energia elettrica				
Riscaldamento³⁾				
Medicinali			Si dichiara: <input type="checkbox"/> che le spese mediche non sono state (o non saranno) oggetto della detrazione fiscale del 19% in sede di dichiarazione dei redditi; <input type="checkbox"/> 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 € _____ ³⁾	
Ausili				
Protesi				
Totale spese				

Allega:

- fatture / ricevute fiscali⁵⁾** e ogni altra ulteriore documentazione relative a fornitura energia elettrica e riscaldamento intestate al beneficiario o familiare anagraficamente convivente;
- scontrini fiscali parlanti⁴⁾** ricevute fiscali per l'acquisto di medicinali, ausili e / o protesi intestate al beneficiario;

Qualora il beneficiario sia domiciliato in luogo diverso dalla residenza autocertificare il luogo e il nucleo familiare all'indirizzo della domiciliazione

_____ li ___ / ___ / _____

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.



Area Servizi alla Persona

Note per la compilazione:

- 1) Indicare nome e cognome dell'intestatario della fattura per le spese di fornitura di energia elettrica e/o riscaldamento se diverso dal beneficiario del progetto Ritornare a casa plus, che deve essere comunque anagraficamente convivente.
- 2) Indicare la relazione di parentela con il beneficiario del progetto Ritornare a casa plus.
- 3) Indicare l'importo complessivo che si è portato o si intende portare in detrazione in fase di dichiarazione dei redditi.
- 4) Lo scontrino parlante: documento dettagliato, che da un lato registra specificatamente la tipologia, la quantità e la natura dei prodotti acquistati mentre dall'altro riporta il **codice fiscale. Quest'ultimo deve essere necessariamente quello del beneficiario del Ritornare a casa plus**
- 5) La fattura o la ricevuta fiscale devono essere intestati al beneficiario del programma o familiare anagraficamente convivente, i buoni devono necessariamente essere accompagnati da scontrino fiscale o fattura.