



**REGIONE AUTÓNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

**FAC-SIMILE DELLA RICHIESTA DI RIMBORSO**

**AVVISO PUBBLICO "SINE LIMES"  
PER LA CONCESSIONE DI BUONI SERVIZIO A FAVORE DI PERSONE  
CON LIMITAZIONE ALL'AUTONOMIA  
POR FSE 2014-2020 – Asse 2 "Inclusione sociale e lotta alla povertà"**

**Priorità di investimento 9iv – Obiettivo Specifico RA09.11CRII07- Azione 9.11.1.c**

Spett.le  
Regione Autonoma della Sardegna  
Assessorato dell'igiene e sanità e  
dell'assistenza sociale  
Direzione generale delle politiche sociali

**Oggetto: Programma Operativo Regionale (POR) cofinanziato dal Fondo Sociale Europeo (FSE) Sardegna 2014-2020 - Asse 2 – Priorità 9iv) Il miglioramento dell'accesso a servizi accessibili, sostenibili e di qualità, compresi servizi sociali e cure sanitarie d'interesse generale - Obiettivo Specifico RA09.11CRII07 - Aumento della capacità di sostegno e presa in carico di individui e gruppi fragili in condizioni aggravate per emergenza Covid-19 - Azione 9.11.1.c "Implementazione di buoni servizio per servizi a persone con limitazione nell'autonomia Emergenza\_ COVID\_19 - Avviso pubblico a sportello "SINE LIMES" per la concessione di buoni servizio a favore di persone con limitazione all'autonomia - Richiesta di rimborso**





**SEZIONE A - DA COMPILARE NEL CASO DI RICHIESTA PRESENTATA DA SOGGETTO RIENTRANTE NELLE CASISTICHE DI DESTINATARIO DI CUI ALL'ART. 6 DELL'AVVISO**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

COGNOME	
NOME	
DATA DI NASCITA	
COMUNE DI NASCITA	
PROVINCIA DI NASCITA	
COMUNE DI RESIDENZA	
CAP	
PROVINCIA DI RESIDENZA	
INDIRIZZO DI RESIDENZA	
COMUNE DI DOMICILIO	
CAP	
PROVINCIA DI DOMICILIO	
INDIRIZZO DI DOMICILIO	
CODICE FISCALE	
CITTADINANZA	



REGIONE AUTÓNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

**SEZIONE B - DA COMPILARE SOLO NEL CASO DI RICHIESTA PRESENTATA DAL TUTORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO/SOGGETTO ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

COGNOME	
NOME	
DATA DI NASCITA	
COMUNE DI NASCITA	
PROVINCIA DI NASCITA	
COMUNE DI RESIDENZA	
CAP	
PROVINCIA DI RESIDENZA	
INDIRIZZO DI RESIDENZA	
COMUNE DI DOMICILIO	
CAP	
PROVINCIA DI DOMICILIO	
INDIRIZZO DI DOMICILIO	
CODICE FISCALE	
CITTADINANZA	
IN QUALITA' DI (specificare)	Tutore/amministratore di sostegno/soggetto esercente la responsabilità genitoriale

**IN NOME E PER CONTO DI:**

**(INSERIRE I DATI DEL SOGGETTO RAPPRESENTATO RIENTRANTE NELLE CASISTICHE DI DESTINATARIO DI CUI ALL'ART. 6 DELL'AVVISO)**

COGNOME	
NOME	
DATA DI NASCITA	
COMUNE DI NASCITA	
PROVINCIA DI NASCITA	
COMUNE DI RESIDENZA	
CAP	
PROVINCIA DI RESIDENZA	
INDIRIZZO DI RESIDENZA	
COMUNE DI DOMICILIO	



**REGIONE AUTÓNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

<b>CAP</b>	
<b>PROVINCIA DI DOMICILIO</b>	
<b>INDIRIZZO DI DOMICILIO</b>	
<b>CODICE FISCALE</b>	
<b>CITTADINANZA</b>	

**CHIEDE**

il rimborso della spesa sostenuta per il Buono servizio erogato a valere sull'Avviso pubblico per la concessione di buoni servizio a favore di persone con limitazione all'autonomia – POR FSE 2014-2020 pari a € \_\_\_\_\_ a titolo di:

- Rendicontazione intermedia, per una spesa almeno pari al 30% dell'importo del buono concesso
- Rendicontazione finale.

e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 e ss.mm.ii

**DICHIARA**

- di presentare richiesta di rimborso per l'acquisto delle seguenti categorie di servizi:
  - A) servizi di assistenza domiciliare e di aiuto alla persona
  - B) servizi di cura, servizi di assistenza sanitaria e servizi di assistenza socio - sanitaria
- Che i servizi sono stati erogati da parte di:
  - personale singolo quale, a titolo esemplificativo e non esaustivo, addetto all'assistenza di base o operatore tecnico assistenziale o operatore socio-sanitario; ulteriori figure professionali operanti nel settore sanitario (es. psicologi, infermieri, fisioterapista ecc.); assistenti familiari (es. badanti).
  - strutture che erogano i servizi di assistenza di cui ai punti A) e B) (es. servizi erogati dai centri diurni ecc.)
- Che la spesa è stata sostenuta per l'acquisto di servizi di cui all'art. 11 dell'Avviso;
- Che i servizi risultano conformi alle indicazioni riportate nell'art. 11 dell'Avviso;
- Che l'importo complessivo richiesto a rimborso risulta essere nei limiti del valore massimo concesso in sede di ammissione a contributo;
- Che la spesa oggetto di rimborso è stata sostenuta durante il periodo di ammissibilità di cui all'art. 9



**REGIONE AUTÓNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

dell'avviso;

- La spesa presentata nella richiesta di rimborso **non è stata già stata finanziata** con nessuna altra forma di sostegno o programma/finanziamento UE/nazionale o regionale;
- di non aver avuto dunque contributi finanziari a copertura parziale o totale dei costi allegati alla presente richiesta di rimborso;
- che i requisiti di cui all'art. 6.1 dell'Avviso sono stati mantenuti nel periodo di acquisto dei servizi per i quali viene richiesto il rimborso;
- di essere informato che l'iniziativa è cofinanziata dall'Unione Europea attraverso il Fondo Sociale nell'ambito del PO FSE Sardegna 2014-2020 e che l'accettazione del finanziamento costituisce accettazione della sua inclusione nell'elenco delle operazioni pubblicato ai sensi dell'art. 115, paragrafo 2, del Regolamento (UE) n. 1303 del 20/12/2013;
- di essere informato che i dati saranno trasmessi Sistema ARACHNE, il Risk Scoring Tool adottato a livello comunitario per la prevenzione delle frodi nella programmazione 2014-2020, tramite il Sistema Nazionale di Monitoraggio, per l'elaborazione degli indicatori previsti al Regolamento (CE) 45/2001;
- di essere a conoscenza che potranno essere eseguiti controlli sulla veridicità di quanto dichiarato ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii.

Al fine dell'erogazione del contributo si riportano di seguito gli estremi per il pagamento.

**ESTREMI PER IL PAGAMENTO**

BANCA	
AGENZIA	
CONTO CORRENTE BANCARIO INTESTATO A	
IBAN	

**RECAPITI PER LE COMUNICAZIONI**

Recapito telefonico (cellulare)	
E-mail/PEC	

**ALLEGA ALLA RICHIESTA**

<b>copia del documento di riconoscimento in corso di validità del soggetto che presenta la Richiesta</b>	nel caso in cui la Richiesta venga firmata in forma autografa
<b>copia del documento di riconoscimento in corso di validità del destinatario</b>	nel caso in cui la Richiesta venga presentata da genitore/tutore/amministrazione di sostegno
<b>Documenti di spesa e di pagamento</b>	contratto di acquisto del servizio; contratto di lavoro regolare stipulato e registrato all'INPS; copia dei giustificativi di spesa e di pagamento attestanti le spese sostenute dal destinatario (cedolino, fatture, ricevute etc.)



REGIONE AUTÓNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA





**REGIONE AUTÓNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

--	--

Inoltre,

**DICHIARA**

- di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali e di prestare il proprio consenso al trattamento dei dati personali per i fini indicati nella informativa.
- che la trasmissione della presente Richiesta avverrà nel pieno rispetto delle modalità specificate in Avviso.

Luogo e data

**FIRMA**  
(firma digitale/autografa)