

MODELLO INFORMATIVO

PROCEDURA PER L'APPLICAZIONE DELLA LEGGE REGIONALE N°8/99 "Provvidenze in favore di soggetti affetti da particolari patologie"

AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA PRESTAZIONI E SUCCESSIVO RIMBORSO

Per ottenere l'autorizzazione preventiva L'UTENTE DEVE:

A- FARE DOMANDA in carta semplice all' ASP di CZ su schema sotto indicato;

B -ALLEGARE alla domanda la seguente documentazione:

- 1 - Fotocopia della dichiarazione del REDDITO Familiare Lordo annuo, non superiore a € 36.000;
- 2 - *Certificazione Sanitaria di specialista operante in struttura Pubblica, redatta su carta intestata;
- 3 - Certificazione di residenza, del fruitore delle prestazioni, (o autocertificazione); L'azienda provvederà ad autorizzare preventivamente le prestazioni richieste.

PER OTTENERE IL RIMBORSO delle spese sostenute l'UTENTE DEVE presentare:

- 1- L' autorizzazione preventiva alla prestazione;
- 2- Certificazione della Dimissione attestante l'avvenuto trattamento e/o, ricovero (in originale);
- 3- Biglietti di viaggio del paziente e dell'accompagnatore ove previsto
- 4- Fattura in originale delle spese di soggiorno (vitto ed alloggio) anche per l'accompagnatore ove previsto

* La CERTIFICAZIONE SANITARIA per l'autorizzazione preventiva deve contenere i seguenti dati:

1. Patologia;
2. Non fruibilità delle prestazioni nel territorio Regionale;
3. Eventuale indicazione della necessità dell'accompagnatore o degli accompagnatori;
4. Località e presidio ove saranno fruite le prestazioni;
5. Durata prevista per il trattamento Sanitario;
6. Termine entro il quale presumibilmente le prestazione deve essere fruita;
7. Tipo di prestazione da fruire.

L'Ufficio Rimborsi riceve il pubblico

Presso la sede del Distretto di Lamezia in P.za Borelli,12 Lamezia Terme

Dal Lunedì al Venerdì dalle ore 8:30 alle 10:30

Lunedì e Mercoledì dalle 15:30-16:30

Oggetto: **Richiesta rimborso spese per benefici legge Regionale 8/99**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____

Il _____ Appartenente all'ASP di _____ e residente nella Regione Calabria nel

Comune di _____ via _____ tel _____

Domiciliato in _____ via _____

CHIEDE

PER SE STESSO

PER IL/LA FIGLIO/A _____

V IL RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE per recarsi presso la Struttura sanitaria EXTRAREGIONALE

_____ (Indicare Struttura Sanitaria Extraregionale e località)

Per sottoporsi alla prestazione sanitaria _____

Alla presente allega:

- **CERTIFICAZIONE MEDICA** in originale della struttura sanitaria extraregionale attestante l'avvenuta effettuazione della prestazione fruita dal paziente con indicazione del relativo setting assistenziale (in regime di ricovero o ambulatoriale) e la data di esecuzione;
- **DOCUMENTAZIONE PROBATORIA IN ORIGINALE ATTESTANTE LE SPESE SOSTENUTE** (fatture quietanzate, ricevute di pagamento o equipollenti, ricevute fiscali, scontrini fiscali, biglietti viaggio, ticket relativi a pedaggi autostradali)

In merito ai requisiti previsti, ai fini del rimborso, fa riferimento all'istanza di autorizzazione preventiva presentata presso codesta ASP in data _____

Si esprime Dichiarazione liberatoria in cui si dà atto che i benefici previsti dalla L.R. n.8/99 e ss.mm. e ii. Sono soggetti al limite invalicabile del budget annualmente assegnato dal Bilancio Regionale e che, conseguentemente, vi è possibilità 'che l'esiguità di detto budget comporti il rischio che il rimborso possa essere riconosciuto o essere riconosciuto in misura ridotta rispetto all'effettivo esborso per viaggio e soggiorno sostenuto. Si dà atto, altresì, che il rimborso avverrà soltanto previo finanziamento della Regione Calabria e pertanto, si rinuncia ad ogni contenzioso per l'ipotesi di ritardo.

Si autorizza il trattamento di dati personali ai sensi del D.lgs. n.196/2003

_____ Li _____

IN FEDE

Spazio riservato per l'autorizzazione a cura dell'ASP di _____ Ufficio Rimborsi legge n.8/99

- SI AUTORIZZA
- NON SI AUTORIZZA

IL RESPONSABILE DELL'UFFICIO

Oggetto: **Richiesta rimborso spese per benefici legge Regionale 8/99**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____

Il _____ Appartenente all'ASP di _____ e residente nella Regione Calabria nel

Comune di _____ via _____ tel _____

Domiciliato in _____ via _____

CHIEDE

PER SE STESSO

PER IL/LA FIGLIO/A _____

- **L'AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA** per poter usufruire dei benefici di cui alla L.R. n°8/99 per recarsi presso

La Struttura Sanitaria EXTRAREGIONALE

(Indicare Struttura Sanitaria Extraregionale e località)

- **L'AUTORIZZAZIONE ALL'ACCOMPAGNATORE** _____
(Nome di entrambi i genitori se assistito minore)

- **TIPO DI PRESTAZIONE SANITARIA DA FRUIRE** _____
SETTING ASSISTENZIALE _____
(Indicare se in regime di ricovero ordinario o Dh o ambulatoriale)

- **DATA E DURATA DELLA PRESTAZIONE** _____

Alla seguente si allega la seguente documentazione:

1. CERTIFICAZIONE SPECIALISTICA di medico specialista di struttura pubblica (ASP di appartenenza, ASP regionale e AO regionale) attestante la non fruibilità della prestazione nell'ambito del S.S.R.
2. STATO DI FAMIGLIA E CERTIFICAZIONE REDDITO, mediante modello di Dichiarazione del reddito presentata nell'anno precedente, attestante che il reddito lordo familiare non superi i 36.000€ annui.

Si esprime Dichiarazione liberatoria in cui si dà atto che i benefici previsti dalla L.R. n.8/99 e ss.mme ii. Sono soggetti al limite invalicabile del budget annualmente assegnato dal Bilancio Regionale e che, conseguentemente, vi è possibilità che l'esiguità di detto budget comporti il rischio che il rimborso possa essere riconosciuto o essere riconosciuto in misura ridotta rispetto all'effettivo esborso per viaggio e soggiorno sostenuto. Si dà atto, altresì, che il rimborso avverrà soltanto previo finanziamento della Regione Calabria e pertanto, si rinuncia ad ogni contenzioso per l'ipotesi di ritardo.

Si autorizza il trattamento di dati personali ai sensi del D.L. gs n.196/2003

Spazio riservato per l'autorizzazione a cura dell'ASP di _____ Ufficio Rimborsi legge n.8/99

- SI AUTORIZZA
- NON SI AUTORIZZA

II RESPONSABILE DELL'UFFICIO

**DISTRETTO SOCIO SANITARIO
DI LAMEZIA TERME
PIAZZA GALIELI 12
88046 LAMEZIA TERME**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO
(art. 19 e art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)**

La/Il sottoscritta/o
C.F. nata/o a (...) il
..... e residente a (...) in via
..... n. di cittadinanza, consapevole della
responsabilità penale e delle con-seguenti sanzioni cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci,
falsità negli atti, uso di atti falsi, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 nonché della decadenza dai benefici
eventualmente conseguiti in seguito a provvedimenti emessi sulla base di dichiarazioni non veritiere, così come
previsto dall'art. 75 del D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

(Indicare gli stati, qualità personali o fatti necessari ai fini dell'autorizzazione richiesta ed autocertificabili ai
sensi dell'art.47 D.P.R. 445/200)

.....
.....
.....
.....
.....

Letto, confermato e sottoscritto

Lamezia Terme _____
(Inserire data)

Il dichiarante

.....

Ai sensi dell'art.38 del D.P.R. del 28.12.2000, n.445 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del
dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata all'ufficio competente unitamente a copia fotostatica non autenticata
di un documento di identità del sottoscrittore.

E' ammessa la presentazione anche via telematica o a mezzo posta.

**REGIONE CALABRIA
ASP DI CATANZARO – DISTRETTO DI LAMEZIA TERME**

ATTESO CHE L **SIGN** _____
IDENTIFICATO _____

Lamezia Terme _____
(data)

Il Funzionario incaricato _____