**Distretto S.S. di Lamezia**

**Ufficio Rimborsi**

**P.za E. Galilei Lamezia Terme**



###### MODELLO INFORMATIVO

ACURA DELL’ UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO **agg. 2017**

# 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 ore 10,30 Lunedì e Mercoledì dalle 15.30 – 16,30**

**Tel 208425 solo in orario su indicato**



Al Direttore

Distretto del LAMETINO

Lamezia Terme

**Oggetto.: Richiesta erogazione provvidenze di cui alla L.R. n. 8 del 29/03/99**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

domiciliato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cod.Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Iscritto negli elenchi degli assistiti di codesta Azienda Sanitaria in qualità di genitore/tutore di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

al fine di godere dei benefici di cui alla legge in oggetto,

**CHIEDE**

🞎L’Autorizzazione sanitaria per se stesso

🞎L’Autorizzazione sanitaria per il minore

🞎L’Autorizzazione sanitaria per l’accompagnatore

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cod.Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

a recarsi presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

per fruire della seguente prestazione sanitaria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

la prestazione è prevista per il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Il sottoscritto dichiara di essere stato informato che potrà beneficiare delle provvidenze di cui alla legge in oggetto solo e limitatamente al fondo che eventualmente sarà stanziato e iscritto in bilancio da parte della Regione Calabria e che pertanto rinuncia ad ogni nell’ipotesi di ritardo pagamento.*

*Il sottoscritto esprime, altresì , consenso al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del*

*D.L.gs. n°196 del 30/06/2003*

Si Allega

1- Documentazione Sanitaria

2- Fotocopia Reddito Familiare Lordo inferiore a 36.000 € ;

3 - Certificazione di residenza, del fruitore delle prestazioni, (o autocertificazione);

4 - Biglietti fatture o ricevute fiscali n originale Fotocopia del Codice Fiscale del richiedente

Lamezia Terme lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del richiedente

Vista la documentazione Sanitaria allegata, poiché la patologia e/o la prestazione risulta tra quelle previste dall’art. 1 della suddetta legge, si esprime parere sanitario FAVOREVOLE

**il Medico ReferenTE**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



**Distretto del Lamentino**

**p.za E Galilei, 12**

**88046 Lamezia Terme**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETA’**

**(Art.47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)**

Il/La sottoscritto/a…………………………………………………………………………

(cognome) (nome)

nato/a a ……………………………………………….(……….) il………………………

(luogo) (prov.)

residente a …………………………. (…….) in via ……………………………… n. …

(luogo) (prov.) (indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art.76 del d.P.R. 28.12.2000 n.445, in

caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

Davanti al funzionario incaricato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

(indicare gli stati, qualità personali o fatti necessari ai fini dell'autorizzazione richiesta

ed autocertificabili ai sensi dell’art .47 D.P.R. 445/2000)

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

Letto confermato e sottoscritto

Lamezia Terme ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( 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 fax, per via telematica o a mezzo posta.

**Regione CalabriA**

**asp DI cz Distretto DI LAMEZIA TERME**

**aTTESTO CHE \_\_L\_\_ sIGN. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**IDENTIFICATO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Lamezia Terme ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( data)

Il Funzionario incaricato­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_