

Fac-simile domanda

ALL'AZIENDA SANITARIA LOCALE

AL DIPARTIMENTO / SERVIZIO
SANITARIO TERRITORIALE

Oggetto. Richiesta di rimborso delle spese sostenute nell'anno _____ per essere sottoposto a terapie oncologiche o connesse a trapianto di organi ai sensi del Reg. ____ del _____ L. R. 10.12.2019, n. 42.

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome) _____, nato/a a _____ il _____, residente in _____, via _____ n. _____, cap. _____,

cod . fisc.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

e-mail _____

chiede

(oppure, in caso di istanza presentata da familiare/amministratore di sostegno/tutore)

, in qualità di _____, per conto di (nome e cognome) _____ nato/a a _____ il _____, residente in _____, via _____ n. _____ cap. _____ CF _____ e-mail _____

i benefici previsti dalla L. R. n. 42/2019 e relativo regolamento di attuazione in ordine al rimborso delle spese sostenute nell'anno _____ per essere stato sottoposto/a a trattamenti clinici in quanto affetto/a da patologie oncologiche o connesse a trapianto di organi.

Per tale finalità, consapevole della responsabilità penale a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46, 47 e 76 del D.P.R. n. 445/2000,

dichiara:

ai fini dell'assegnazione della priorità di accesso al fondo di cui all'art 1 della LR 42/2019 di trovarsi in una delle seguenti condizioni:

- Di non aver alcun reddito
- Di aver perso il posto di lavoro in data _____ e di essere tuttora in stato di inoccupazione senza godere di alcun ammortizzatore sociale
- di aver terminato il periodo di malattia retribuito riconosciuto dal CCNL in data _____ e di trovarsi in aspettativa non retribuita

(oppure, in caso di istanza presentata da familiare/amministratore di sostegno/tutore)

che (nome e cognome) _____, per cui è presentata la seguente istanza:

8. Codice IBAN di un conto corrente almeno cointestato al paziente
9. Documenti giustificativi delle spese sostenute in originale:
 - biglietti aerei, del treno, del bus e/o ricevute del taxi con indicazione del percorso ed in data concomitante con il trattamento clinico o la visita di controllo
 - Ricevute di viaggio autostradali e/o telepass, con indicazione del percorso ed in data concomitante col trattamento clinico o la visita di controllo
 - Ricevute nominative e fatture nominative del ristorante (del paziente; del paziente + accompagnatore o del solo accompagnatore in caso di day hospital del paziente)) rilasciate in concomitanza della prestazione o della visita di controllo
 - Fatture nominative di alberghi o ricevute nominative di affitto appartamento rilasciate in concomitanza della prestazione clinica o della visita di controllo.
10. Elenco dei documenti presentati con il dettaglio dei documenti di spesa contraddistinti per data.

Luogo _____ e data _____

firma

*Art 3 comma 4 - L.R. 42/2019

...

4. Le richieste di contributo possono riferirsi anche a spese sostenute per viaggio, vitto e alloggio presso strutture sanitarie accreditate di altre regioni, qualora si renda necessario per elevata complessità di intervento sanitario o per particolare casistica, certificate da specialisti delle strutture sanitarie pubbliche regionali, o qualora sia documentato dalle direzioni sanitarie aziendali che i tempi previsti dalle liste di attesa regionali sono superiori, sulla base di evidenze scientifiche, alle necessità di cura che assumono carattere salvavita.

