

MODELLO INFORMATIVO

A CURA 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 la 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

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 _____

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

_____ per sottoporsi alla prestazione sanitaria _____
(Indicare Struttura Sanitaria Extraregionale e località)

Alla presente si 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.L. gs n.196/2003

IN FEDE

_____ li _____

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

(timbro e firma)

Oggetto: **Richiesta autorizzazione preventiva 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 o ambulatoriale)
- DATA E DURATA DELLA RESTAZIONE** _____

Alla seguente si allega la seguente documentazione:

- CERTIFICAZIONE SPECIALISTICA di medico specialista di struttura pubblica (ASP di appartenenza, ASP regionale o AO regionale) attestante la non fruibilità della prestazione nell'ambito del S.S.R.
- 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 da 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'eseguità 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 da 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

IN FEDE

_____ li _____

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

(timbro e firma)



AGENZIA SANITARIA PROVINCIALE
CATANZARO



0968/0000000000

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 _____