Allegato 2

Fac-simile domanda

**REGIONE ABRUZZO**

DIPARTIMENTO

Lavoro- Sociale

SERVIZIO TUTELA

SOCIALE e FAMIGLIA

[dpf013@regione.abruzzo.it](mailto:dpf013@regione.abruzzo.it)

**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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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:

ai fini dell’assegnazione della priorità di accesso al fondo di cui all'art 1 della LR 42/2019 si trova 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

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., 28-12-2000, n. 445, inoltre

**Dichiara**

che le spese per cui si avanza richiesta di rimborso non sono state già oggetto di qualsivoglia rimborso, neanche parzialmente, da Soggetti Pubblici o Assicurazioni.

Dichiara inoltre di essere stato accompagnato negli spostamenti connessi alle prestazioni sanitarie in oggetto dal Sig./ Sig.a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, per il/la quale si chiede il rimborso delle spese sostenute.

Ai fini della liquidazione del rimborso richiesto indica il codice IBAN del conto corrente in essere presso (indicare la filiale bancaria o postale) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

i cui intestatari sono (fornire elenco degli intestatari)

1) sig./ sig.a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cod . fisc.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

2) sig.a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cod . fisc.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

IBAN:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Allega alla presente la seguente documentazione:

1. Copia del certificato di accertamento dell’’handicap in situazione di gravità ai sensi dell’art. 3, comma 3, della L. 5 febbraio 1992, n. 104 rilasciato al paziente dalla commissione medica
2. Copia del certificato attestante la patologia oncologica riconosciuta, la patologia che comporta la necessità di trapianto o il trapianto avvenuto
3. \*certificato redatto dallo specialista della patologia delle strutture sanitarie pubbliche regionali in cui si attesta che la struttura sanitaria fuori regione è stata individuata per l’elevata complessità dell’intervento sanitario o per la particolare casistica oppure documento reso dalle direzioni sanitarie aziendali regionali che attesta che i tempi previsti dalle liste di attesa regionali sono superiori alle necessità di cura le quali assumono carattere salvavita (art 4 comma 4 L.R. 42/2019) ;
4. Fotocopia del documento di identità del richiedente in corso di validità
5. Attestazione ISEE del nucleo familiare in corso di validità

6. Certificazione da parte della struttura competente dell’azienda sanitaria locale della necessità di un accompagnatore (solo per le richieste di rimborso spese ad accompagnatori)

7. Certificati originali attestanti le date di effettuazione delle terapie e/o dei controlli (successivi alla diagnosi effettuata) rilasciati dalla struttura erogante

1. Codice IBAN di un conto corrente almeno cointestato al paziente
2. 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.

1. 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.