



COMUNE DI BEINASCO

Provincia di Torino

PARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA E FARMACEUTICA

(cosiddetto "ticket")

Anno 2010

MODULO RICHIESTA AMMISSIONE AL RIMBORSO PER INDIGENTI

Generalità del richiedente

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|
| NOME | | | | | | | | | | | | | | | |
| COGNOME | | | | | | | | | | | | | | | |
| NATO A | | | | | | | | IL | | | | | | | |
| CODICE FISCALE | | | | | | | | | | | | | | | |

Residenza anagrafica

| | | | | | | | | | | | | |
|------------|--------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|
| | COMUNE DI BEINASCO | | | | | | | | | | | |
| VIA/PIAZZA | | | | | | | | | | | | N. |
| TELEFONO | | | | | | | | | | | | |

CHIEDE

per sé e per i familiari sottoindicati con le rispettive generalità:

| COGNOME | NOME | DATA DI | RELAZIONE | COD.FISCALE |
|---------|------|---------|-----------|-------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

di essere ammesso, per il corrente anno, dalla data di autorizzazione della presente, al rimborso delle quote fisse di partecipazione alle spese sanitarie e farmaceutiche sostenute, in quanto trovasi in una situazione di indigenza.

In relazione alla richiesta di ammissione

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità

avvalendosi delle disposizioni di cui agli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, e consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punita ai sensi del Codice Penale, secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e che, qualora emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera come disposto all'art.75 dello stesso D.P.R.

1. di aver presentato la dichiarazione sostitutiva unica della situazione economica complessiva del nucleo familiare in data _____ all'Ente _____(1)



2. dal calcolo effettuato con la dichiarazione sostitutiva unica (2) con scadenza _____, risulta un ISEE (3) di € _____ che non è superiore all'ISEE previsto per essere ammessi al rimborso in oggetto e cioè pari ad **€ 13.000,00**, come stabilito con determinazione dirigenziale.
3. di aver ricevuto la "Guida pratica rimborso ticket sanitario anno **2010**";
4. di obbligarsi a:
 - comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione dichiarata all'atto della presente domanda nel rispetto di quanto sancito all'art. 2 delle suddette "Norme per il rimborso della partecipazione alla spesa sanitaria";
 - provvedere alla presentazione della nuova dichiarazione I.S.E.E., in caso di scadenza in corso d'anno. (2)
5. di essere a conoscenza che, nel caso di corresponsione dei benefici, si applica l'articolo 4, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n.109 in materia di controllo di veridicità delle informazioni fornite.

Data _____

Firma _____

INFORMATIVA SULL'USO DEI DATI PERSONALI E SUI DIRITTI DEL DICHIARANTE

(legge n.675/1996 e D.Lgs. 196/03)

Ai sensi della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali si informa che:

- a. i dati sopra riportati sono obbligatoriamente prescritti dalle vigenti disposizioni ai fini del procedimento per il quale sono richiesti;
- b. tali dati verranno utilizzati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per tale scopo, dal Comune di Beinascio e dai soggetti designati dal titolare a svolgere i compiti aventi finalità compatibili con il servizio, compresi quelli di controllo delle dichiarazioni rese;
- c. titolare del trattamento è l'Amministrazione Comunale di BEINASCO con sede presso il Comune di Beinascio- Piazza Alfieri, 7.
- d. i soggetti pubblici non devono richiedere il consenso dell'interessato per il trattamento dei dati personali (comma 4 dell'art. 18 del D.Lgs. 196/2003)
- e. l'interessato può esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

Note:

- (1) Specificare a quale Ente è stata presentata o attestata la dichiarazione, ad esempio, Centro di Assistenza Fiscale (CAF), sede e agenzia INPS.
- (2) La dichiarazione sostitutiva unica, prevista dal decreto legislativo 109/1998, come modificato dal decreto legislativo 130/2000, valevole per tutte le richieste di prestazioni sociali agevolate, ha validità **un anno** dal rilascio. **NON sono pertanto valide le dichiarazioni I.S.E.E. con scadenza antecedente alla data di presentazione della richiesta. In caso di scadenza della dichiarazione I.S.E.E. in corso d'anno si DEVE provvedere alla sua sostituzione entro la scadenza, in mancanza decade il diritto al rimborso.**
- (3) L'ISEE - indicatore della situazione economica equivalente - è determinato dal rapporto tra situazione economica familiare nel suo complesso e parametro della scala di equivalenza.
- (4) *Le modalità di ammissione al rimborso sono disciplinate con deliberazione della Giunta Comunale n. 54 del 25.3.2009.*



**C.I. di S.
Consorzio Intercomunale di Servizi
Unità locale di Beinasco**

La sottoscritta **assistente sociale** _____ del distretto di Beinasco dichiara che in data _____ si è presentato al servizio socio assistenziale il suddetto richiedente l'ammissione al rimborso e che, lo stesso:

non è conosciuto dal servizio

è conosciuto dal servizio e, dalle notizie in possesso di questo servizio e da quanto emerso durante il colloquio con l'interessato, si attesta, ai fini dell'ammissione al rimborso "ticket indigenti", lo stato di indigenza dello stesso poiché

ovvero

lo stesso risulta titolare di assistenza economica continuativa erogata da questo servizio

dal _____ al _____ per un ammontare pari ad € _____

lo stesso risulta titolare minore in affidamento eterofamiliare e soggetti a provvedimenti del Tribunale per minorenni

L'Assistente sociale

**IL COMUNE DI BEINASCO**

Vista la richiesta presentata all'Ufficio Assistenza da _____

In data _____ per sé ed i familiari del proprio nucleo come precisato

Certifica

sulla scorta delle informazioni e dichiarazioni sopra rese che il/la medesimo/a ed i predetti familiari rientrano tra gli aventi diritto al rimborso "ticket", secondo i criteri previsti dall'Amministrazione Comunale, giusta deliberazione della G.C. n. 54 del 25.3.2009, pertanto, **autorizza**, per il corrente anno, **con decorrenza dalla data di concessione sotto precisata**, il rimborso delle spese farmaceutiche e sanitarie sostenute dai suddetti, fino alla concorrenza del tetto massimo ivi stabilito, da intendersi onnicomprensivo e pari a :

€250,00 pro-capite annuo

ricordando che, eventuali maggiori richieste, esorbitanti tale tetto, verranno singolarmente valutate, sulla base di idonea documentazione medica e della relazione dell'assistente sociale ed eventualmente autorizzate, con separato atto della Giunta Comunale, che tenga conto della disponibilità finanziaria dell'Ente.

Beinasco lì _____

L' istruttore

Visto, si concede il rimborso:

Il Dirigente

Beinasco, lì _____
