



COMUNE DI BEINASCO

Città Metropolitana di Torino
Piazza Alfieri, 7 - 10092 Beinasco

AREA DEI SERVIZI ALLA PERSONA – SETTORE POLITICHE EDUCATIVE E SOCIALI

Servizio Politiche Sociali e rapporti con strutture sanitarie

1^a piano- stanza 106 – Tel. 011-3989 212/379/292

e-mail: politichesociali@comune.beinasco.to.it PEC: protocollo@comune.beinasco.legalmail.it

RIMBORSO SPESE TICKET SANITARIO



DOMANDA PER AMMISSIONE AL RIMBORSO

AVVERTENZA: compilare il modulo in ogni sua parte in stampatello leggibile e barrare solo le caselle interessate dalla dichiarazione

DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE IL BENEFICIO

Il sottoscritto richiedente

COGNOME				NOME													
NATO A				PROVINCIA		IL											
NAZIONALITA'	<input type="checkbox"/> ITALIANA	(oppure precisare)															
RESIDENZA COMUNE BEINASCO	(Via/C.so/P.za)						N.										
Recapiti telefonici	Cell.			Fisso													
email																	
CODICE FISCALE																	

(solo per i cittadini extracomunitari)

in possesso di regolare PERMESSO DI SOGGIORNO	N°
per motivi di	
con scadenza	
rilasciato da	



CHIEDE

per sé e per i familiari sotto indicati con le rispettive generalità:

COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	RELAZIONE PARENTELA	COD.FISCALE

il rinnovo, senza alcuna interruzione,

oppure

di essere ammesso, a decorrere dalla data di presentazione al protocollo comunale della presente istanza,

al beneficio del rimborso delle quote fisse di partecipazione alle spese sanitarie e farmaceutiche sostenute, di cui alle "Norme pratiche" comunali, approvate con atto di Giunta comunale n. 25 del 15/03/2016, finalizzate alla partecipazione alla spesa sanitaria e farmaceutica dei residenti aventi titolo.

A tale scopo, preso atto di quanto contenuto nel relativo Avviso,

DICHIARA

(ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n° 445)

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 punito ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia, 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 (per false dichiarazioni o attestazioni di fatti non rispondenti alla verità), decadrà anche dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera di cui all'art. 75 D.P.R. n. 445/2000

1. di **possedere, per il 2020**, i requisiti richiesti;
2. che la situazione economica complessiva del nucleo familiare è attestata con Dichiarazione Sostitutiva Unica (D.S.U.) presentata in data _____/2020, da cui risulta un'ISEE in corso di validità e priva di difformità (*barrare la casella interessata*)⁽¹⁾:
 - ISEE 2020 ORDINARIO** (in caso di maggiorenni)
 - ISEE 2020** per prestazioni rivolte a **minorenni**
 - ISEE 2020 CORRENTE** (se ricorrono i presupposti normativi)**di euro** _____ (in alternativa allegare copia attestazione **ISEE 2020**);
3. di **NON usufruire già di altri analoghi benefici**, agevolazioni, contribuzioni di altra natura e/o sgravi fiscali a qualsiasi titolo per le medesime finalità, risultando la spesa sopra indicata **completamente a carico del richiedente** e quindi non coperta, neanche parzialmente, da altre fonti (es. assicurazioni);
4. di **impegnarsi**, nel caso di fruizione della **detrazione IRPEF 19%** sulla dichiarazione dei redditi per l'anno corrispondente, a indicare, ai fini del calcolo per la detrazione, l'importo al netto dei rimborsi comunali ricevuti e, vale a dire solo la reale spesa rimasta a proprio carico, detratto il rimborso comunale, anche se, in caso di modello 730 precompilato, la voce risultasse già indicata tra quelle in detrazione;
5. **di essere a conoscenza**, ai fini del riconoscimento del beneficio richiesto con la presente domanda che, con la sottoscrizione e la presentazione della stessa, accetta tutte le disposizioni previste dalle modalità



SOTTOSCRIZIONE DELLA RICHIESTA E DELLA DICHIARAZIONE

sopra estesa, resa anche barrando le caselle corrispondenti, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000

Il dichiarante richiedente

Cognome _____ Nome _____ (Firma leggibile)

ATTENZIONE: la mancata sottoscrizione della domanda e/o l'omessa presentazione della fotocopia del documento di riconoscimento (in allegato) in CASO D'INVIO comportano l'inammissibilità della stessa.

NOTE:

- (1) Precisare la tipologia di ISEE, tenendo conto che, nel caso di rimborso delle spese sostenute per minori, deve essere prodotto l'ISEE **minorenni** valido e non quello Ordinario. Se trattasi di rinnovo, **in caso di temporanea mancanza d'attestazione ISEE 2020**, è ammessa in deroga, per il primo trimestre, la presentazione della sola **ricevuta di avvenuta presentazione al CAF della DSU 2020**.
- (2) Le modalità di ammissione al rimborso sono disciplinate dalle "Norme partiche" approvate con deliberazione della Giunta Comunale n. 25 del 15/03/2016.
- (3) **Le spese ammesse a rimborso sono esclusivamente** quelle relative a quote fisse di partecipazione alla spesa sanitaria (cosiddetto "ticket"). L'ammontare massimo rimborsabile per ciascun componente il nucleo familiare ammesso è pari a **300,00 euro/procapite/anno**. In tale importo sono comprese le spese per "ticket" poste a carico dei cittadini per **prestazioni specialistiche diverse e farmaci posti in fascia "A"**. I titolari d'indicatore ISEE **2020** pari o inferiore a euro **€ 5.130,00 possono chiedere anche il rimborso delle spese sostenute per l'acquisto dei farmaci posti in fascia "C", entro il limite massimo pro-capite, di 100,00 euro/anno**, nell'ambito dell'ammontare massimo rimborsabile di 300 euro.

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO IN CASO DI PRESENTAZIONE PRESSO IL COMUNE

Ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/2000, il sottoscritto attesta che la su estesa dichiarazione è stata firmata in Sua presenza dal Sig. _____ identificato mediante esibizione di _____ n. _____ rilasciata il ____/____/____ da _____.

Data ____/____/____

L'impiegato comunale addetto

Spazio riservato agli uffici comunali

L'istruttore _____ vista la richiesta presentata in data _____ registrata al prot. c.le al n. _____ del _____ da: _____ per sé e i familiari del proprio nucleo come sopra precisato, sulla scorta dell'istruttoria svolta e delle informazioni e dichiarazioni sopra rese dal/la medesimo/a

ATTESTA

che il/la medesimo/a e i predetti familiari possiedono, per il 2020, i requisiti richiesti per accedere al "rimborso ticket sanitari" e, pertanto, rientrano tra gli aventi diritto al rimborso "ticket", di cui alla deliberazione della G.C. n. 25 del 15/03/2016.

Data _____

Firma _____

IL DIRIGENTE/FUNZIONARIO _____, pertanto,

AUTORIZZA

per il corrente anno, **con decorrenza dalla data** _____ (presentazione al protocollo comunale/rinnovo), il predetto nucleo richiedente, con ammissione al rimborso delle spese farmaceutiche e sanitarie sostenute dallo stesso, fino alla concorrenza del tetto massimo stabilito di **€ 300,00 pro-capite annuo**, di cui, per i beneficiari aventi titolo, € 100,00 per spese farmaci fascia "C" -se ricorre il caso (3). **Esaurito l'importo di 300,00/euro/anno/procapite NON sarà possibile effettuare alcun rimborso**. Eventuali maggiori richieste, esorbitanti tale tetto, verranno singolarmente valutate, sulla base di idonea documentazione medica ed eventualmente autorizzate, con separato atto della Giunta Comunale, subordinatamente alla disponibilità finanziaria dell'Ente.

Data _____

Firma _____

DC/dc Y:\SocioAss\1.ASSISTENZA\1.TICKET INDIGENTI\2.PUBBLICITA' e MODELLI\MODELLI\2020\modulo DOMANDA.docx

