## Spett.le COMUNE DI GONNOSFANADIGA

Al Responsabile del Settore Servizi Sociali

Via Regina Elena n. 1

09035 GONNOSFANADIGA

## Domanda di accesso ai contributi economici a favore dei nefropatici ai sensi delle Leggi Regionali n.11/85 e n. 43/93.

Il/La sottoscritto/a (cognome) (nome) nato/a a , Prov. di il / / , residente in Gonnosfanadiga, in via/piazza/Loc. , n. Cod. Fiscale Tel. n. ,

# CHIEDE

il rilascio di contributi economici a favore dei nefropatici (barrare solo in caso di primo accesso alla misura); il rinnovo del rilascio dei contributi economici a favore dei nefropatici;

# SOGGETTO INTERESSATO:

 per sé stesso

 in favore di (cognome) (nome) nato/a a , Prov. di il / / , residente a in via/piazza , n. Cod. Fiscale in qualità di:

 familiare

 Amministratore di sostegno/tutore

Telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Patologia:

 Dializzato al centro  Dializzato domiciliare:

 SI, Emodialisi –  SI, Peritoneale Assistente:  SI - NO

 Trapiantato, data trapianto (gg/mm/aaaa), luogo trapianto

Dializzato con accompagnatore?

* SI, data di inizio trattamento dialitico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(gg/mm/aaaa)
*  NO

# SOTTOFORMA DI:

* Assegno mensile pertanto allega certificazione attestante i trattamenti effettuati:
* Rimborso spese di viaggio o di trasporto e di soggiorno pertanto allega documentazione attestante le spese di viaggio sostenute;
* Contributi in caso di trapianto renale;
* Contributi forfettari per spese di approntamento locali e per spese di consumo energia elettrica, di acqua e di consumo in caso di emodialisi domiciliare;

 Contributo per l’assistente di dialisi, in caso di dialisi domiciliare (peritoneale o emodialisi- allegare attestazione presidio ospedaliero);

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

# DICHIARA

1. Di non usufruire per la stessa patologia di rimborsi per spese di viaggio, soggiorni e sussidi da parte di Enti previdenziali o assicurativi
2. Di aver utilizzato:

Il pullman per recarsi presso la struttura ospedaliera di cui alle certificazioni allegate;

 L’autovettura1 , targa:

di proprietà del Sig2. per recarsi presso la struttura ospedaliera di cui alle certificazioni allegate che dista da Gonnosfanadiga Km .

1. Che la composizione del proprio nucleo familiare è la seguente:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| n° | Cognome e Nome | Luogo di nascita | Data di nascita | Parentela |
| 1 |  |  |  | *Richiedente* |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |

1. che il reddito complessivo netto3 del proprio nucleo familiare4 per **l’anno 202\_\_ (redditi 202\_\_**) o se non ancora in possesso **anno 202\_\_(redditi 20\_\_)** è stato di complessivi € . (*ai fini della determinazione del reddito complessivo non si considerano le rendite INAIL, le pensioni di invalidità civile e l’assegno di accompagnamento)*
2. che il pagamento del contributo sia accreditato sul conto corrente intestato al sottoscritto o cointestato Codice IBAN:
3. di aver preso visione dell’allegata informativa sul trattamento dei dati “INFORMATIVA PRAIVACY” e di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all’articolo 13 del D.Lgs. n. 196 del 30.06.2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa per cui presta il suo consenso per il trattamento dei dati personali e sensibili necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

# SI IMPEGNA

a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione che dovesse intervenire successivamente e si assume tutte le responsabilità connesse alla mancata o tardiva comunicazione.

# A TAL FINE ALLEGA;

 Certificato medico attestante lo status di nefropatico sottoposto a regolare trattamento dialitico rilasciato da presidio pubblico ((Da presentare solo in caso di primo accesso alla misura);

 Certificazione attestante i trattamenti effettuati collegati alla patologia da cui risulti la legge di riferimento (L.R. 11/1985 e L.R. 43/1193);

 Documentazione delle spese di viaggio sostenute (biglietti di viaggio su mezzi pubblici);  Certificazione reddituale (Certificazione unica, Mod. 730, Modello Unico);

 Fotocopia del Codice IBAN;

1 Indicare **marca e modello**

2 Indicare il **proprietario** dell’autovettura. Qualora il proprietario dell’autovettura sia persona diversa dal richiedente, tale dichiarazione deve essere avvallata dalla persona indicata come proprietario

3 Pari al **reddito** imponibile meno imposta netta e addizionali irpef comunali e regionali;

4 Per **nucleo familiare**, ai fini della presente legge, deve intendersi: \* nel caso di nefropatico coniugato, quello costituito dal nefropatico stesso e, se conviventi, dal coniuge e dai figli in base alle norme vigenti; \* nel caso di nefropatico minorenne celibe o nubile, quello costituito dal nefropatico stesso e, se conviventi, dai genitori e dai fratelli che risultino a carico del capo famiglia in base alle norme vigenti;

\* nel caso di nefropatico maggiorenne celibe o nubile, quello composto dal solo nefropatico, ancorché convivente con altri familiari

Il reddito Irpef è quello riferito all’annualità fiscale precedente (es: 730/2024 redditi 2023).

Si specifica che il codice IBAN non è quello di eventuali libretti postali, bancari o carte ad esso collegate, sui quali non è possibile effettuare accreditamenti da parte del Comune ma è esclusivamente quello relativo a conto corrente bancario o postale o carte con codice Iban e dev’essere intestato/cointestato al beneficiario.

## In caso di dializzato con accompagnatore allega:

Attestazione sanitaria da cui risulti la necessità dell’accompagnatore per il nefropatico che deve effettuare o ha effettuato la dialisi;

## In caso di richiesta contributo straordinario per l’effettuazione del trapianto:

Documentazione sanitaria comprovante l’avvenuta operazione di trapianto, rilasciata dalla struttura autorizzata che ha effettuato l’intervento;

Gonnosfanadiga lì ………………………………………………

……………………………………………………………………….……………………………………

*Firma del richiedente*