

COMUNE DI SANT'ANTONIO DI GALLURA
P.zza M. Ruzittu n. 1- 07030 Sant'Antonio di Gallura



Settore Servizi Socio-Culturali- Pubblica Istruzione Cultura e Spettacolo

Codice Fiscale 910272609

Telefono 079/669013

PEC protocollo.santantoniodigallura@pec.comunas.it

Richiesta provvidenze a favore dei NEFROPATICI - LL.RR. n.11/1985 e n. 43/1993

Il/La Sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il ___/___/___ Codice Fiscale _____

residente a _____ in _____

recapito telefonico _____ indirizzo mail _____

In nome e per conto di *(indicare se diverso dal richiedente i dati del soggetto Beneficiario)*

in qualità di Legale Rappresentante del seguente: minore interdetto inabilitato **di:**

(nome e cognome) _____

nato/a a _____ il ___/___/___ Codice Fiscale _____

residente a _____ in _____

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445

DICHIARA

- Di essere in trattamento dialitico dal _____ presso^(1*) _____
- Di non aver diritto a rimborsi o sussidi per lo stesso titolo da parte di enti previdenziali o assicurativi, o di altri enti anche sulla base di normative statali e regionali;
- Che il proprio nucleo familiare (1) e relativi redditi sono quelli riportati nella tabella seguente:

Cognome e Nome	Data di nascita	Stato civile	Relazione parentela	Reddito netto ANNUO (2)
Anno di riferimento (_____) ⁽³⁾				Totale reddito NETTO ANNUO

1 (*) Indicare il Centro o la Struttura presso cui si effettua la dialisi o alternativamente la tipologia di dialisi domiciliare eseguita (DIALISI DOMICILIARE PERITONEALE, DIALISI DOMICILIARE EMODIALISI)

- di autorizzare il Settore Socio-Culturale ad inviare eventuali comunicazioni tramite sms al seguente numero di cellulare _____ e tramite e-mail al seguente indirizzo di posta elettronica: _____

CHIEDE

ai fini della presentazione rinnovo della domanda, di poter beneficiare di quanto disposto dalla Legge Regionale N. 11 del 08 maggio 1985 e s.m.i. (Provvidenze a favore dei nefropatici) sotto forma di:

- assegno mensile
- rimborso spese di viaggio o di trasporto e di soggiorno (compilare il Modulo *Rimborso spese*)
- 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
- di contributo per l'assistente di dialisi, in caso di dialisi domiciliare (peritoneale o emodialisi)

CHIEDE, altresì che il pagamento delle somme spettanti sia effettuato nella seguente modalità:

- Accredito su C/C bancario o postale a me intestato(no libretto postale) :

IBAN _____

- Carta prepagata a me intestata

IBAN _____

ALLEGA

- a) Certificato medico attestante lo status di nefropatico sottoposto a regolare trattamento dialitico;
- b) Copia documento di identità in corso di validità del dichiarante;
- c) Dichiarazione dei redditi anno IN CORSO (riferita all'anno PRECEDENTE). Alternativamente Mod. 730 - Mod. UNICO, CU;

SI IMPEGNA

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

Lo/a scrivente autorizza l'Ente all'utilizzo dei propri dati ai sensi del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – Regolamento Europeo UE 2016/679 vigente in materia della privacy e del controllo dei dati personali, nell'ambito di quanto necessario all'espletamento della pratica.

DATA _____

IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione sostitutiva deve essere compilata e consegnata agli uffici territoriali competenti ogni volta che intervengano variazioni nella composizione del Nucleo familiare e/o nei Redditi dei diversi componenti.

SI È COMUNQUE TENUTI, PENA LA SOSPENSIONE DELLE EROGAZIONI MENSILI, a compilare e consegnare il presente modulo almeno una volta entro il 30 giugno di ogni anno agli uffici territoriali competenti.

La richiesta di RIMBORSO SPESE VIAGGI deve essere presentata obbligatoriamente utilizzando l'apposito modulo non oltre la data del 30 NOVEMBRE di ogni anno (al fine di consentire agli uffici istruttoria e la liquidazione entro l'anno corrente)

(1) Composizione Nucleo Familiare:

I REDDITI COMPLESSIVI DEL NUCLEO FAMILIARE DEVONO INCLUDERE:

- nel caso di *richiedente il beneficio* coniugato, la somma dei redditi dell'interessato e, se conviventi, del coniuge e dei figli fiscalmente a carico (*);
 - nel caso di *richiedente il beneficio* celibe o nubile, la somma dei redditi dell'interessato e, se conviventi, dei genitori e dei fratelli fiscalmente a carico (*) del capo famiglia;
- (*) Sono considerati fiscalmente **A CARICO** i figli fino a 24 anni che non dispongono di un reddito proprio lordo superiore a Euro 4.000,00, ed i figli oltre i 24 anni che non dispongono di un reddito proprio lordo superiore a Euro 2.840,51.

(2) Determinazione del reddito:

Il reddito da indicare per ogni componente è il **REDDITO NETTO ANNUO** che si determina partendo dal reddito complessivo dichiarato ai fini IRPEF al netto delle ritenute di legge.

Bisogna prendere in considerazione:

- a. Prestazioni di lavoro autonomo o dipendente;
- b. Compartecipazioni ad utili societari;
- c. pensioni;
- d. Rendite immobiliari.

N.B.: Non devono essere prese in considerazione ai fini del calcolo del reddito:

- a. le rendite assicurative INAIL,
- b. le pensioni d'invalidità civile,
- c. gli assegni di accompagnamento.

(3) Indicare l'anno di riferimento del Reddito.

(4) N.B.: Non deve essere presentato solamente il modello ISEE, poiché non utile ai fini del calcolo dei redditi richiesto dalla norma

COMUNE DI SANT'ANTONIO DI GALLURA
P.zza M. Ruzittu n. 1- 07030 Sant'Antonio di Gallura



Settore Servizi Socio-Culturali- Pubblica Istruzione Cultura e Spettacolo

Codice Fiscale 910272609

Telefono 079/669013

PEC protocollo.santantoniodigallura@pec.comunas.it

Richiesta rimborso spese di viaggio e soggiorno NEFROPATICI ai sensi delle Leggi Regionali n.11/85 e n. 43/93.

In riferimento alla domanda presentata il _____ n. Prot. _____

Il/La Sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il ___/___/___ Codice Fiscale _____

residente a _____ in _____

recapito telefonico _____ indirizzo mail _____

In nome e per conto di *(indicare se diverso dal richiedente i dati del soggetto Beneficiario)*

in qualità di Legale Rappresentante del seguente: minore interdetto inabilitato **di:**

(nome e cognome) _____

nato/a a _____ il ___/___/___ Codice Fiscale _____

residente a _____ in _____

CHIEDE

il rimborso delle spese di viaggio e di soggiorno previste dalle Leggi Regionali n. 11/85 e n. 43/93 ²

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 dello stesso DPR 445/2000,

DICHIARA

Di essersi recato per effettuare gli specifici trattamenti nelle giornate e presso le strutture di seguito riportate, utilizzando:

-l'autovettura **di proprietà del Sig. (*)** _____ targa: _____,

-oppure mezzi pubblici : _____

Per i trattamenti di dialisi è sufficiente la certificazione rilasciata dal presidio ospedaliero di riferimento

