

Azienda Sanitaria
Regionale Molise



ASREM

U.O.C. Integrazione Ospedale Territorio e Socio-Sanitaria

86100 Campobasso –Via Ugo Petrella
Tel.0874409641 fax 0874409685
C.F./P.IVA 01546900703

Oggetto : LEGGE REGIONALE n.17 DEL 20/06/2007 e ss.mm.ii.

“Interventi a favore di soggetti sottoposti a trapianto di organi o affetti da patologie rare”.

**U.O.C. Integrazione Ospedale Territorio e Socio-Sanitaria
Via U.Petrella N.1
86100 Campobasso**

Il sottoscritto/a

Nome e cognome.....

nato/aprov. di.....

il.....residente.....

inoltra istanza di rimborso ai sensi della disposizione legislativa in oggetto come da
documentazione allegata

FIRMA E DATA

In caso di mancata esibizione della documentazione indicata nella richiesta in oggetto la pratica sarà automaticamente archiviata e non si procederà al rimborso delle spese sostenute.



**U.O.C. Integrazione Ospedale Territorio e Socio Sanitaria
Via U.Petrella N.1
86100 Campobasso**

- per il tramite del Distretto Sanitario di _____
- CONSEGNA A MANO

- Istanza di Rimborso** (da presentare entro sei mesi dalla fine di ogni trattamento sanitario)
- Istanza di rimborso** (a saldo di anticipazione)

Oggetto: LEGGE REGIONALE N.17 del 20/06/2007 e ss.mm.ii.

“Interventi a favore di soggetti sottoposti a trapianto di organi o affetti da patologie rare”.

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ prov. di _____ il _____

cittadino /a _____

residente in _____ C.A.P. _____ Via/P.zza _____

Tel./Cell. _____ Codice Fiscale _____

Soggetto affetto da malattia rara ai sensi del D.M. Ministero Sanità n. 279 del 18.05.2001
specificare _____

Soggetto sottoposto a trapianto d'organo o di tessuti _____
da sottoporre a trapianto d'organo o di tessuti _____

Minori e soggetti affetti da gravi patologie _____

Come da documentazione sanitaria allegata.

La documentazione sanitaria, comprovante la non curabilità presso le Strutture Sanitarie Regionali, potrà essere rilasciata da un dirigente medico del S.S.N. o di Struttura Sanitaria Regionale.

In qualità di:

- Diretto interessato

- Rappresentante legale del minore _____
nato a _____ Prov. di _____ il _____
residente a _____ in Via/P. zza _____
codice fiscale _____
- Tutore/curatore/amministratore di sostegno (*cancellare la dicitura che non interessa*) di _____
(*allegare copia provvedimento di nomina*).

DICHIARA

consapevole delle sanzioni penali in cui può incorrere in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 26.12.2000:

- di essere residente nella regione Molise
- di aver diritto agli accompagnatori (**art.34 della L.R. 10 maggio 2019, N.4**) in quanto:
 - trattasi di paziente minorenne.
 - riconosciuto invalido civile al 100% con accompagnamento.
 - la necessità dell' accompagnatore è certificata dalla struttura sanitaria di ricovero (*per chi si reca in strutture sanitarie pubbliche italiane*).
 - la necessità dell'accompagnatore è specificata nel modello S2 (*per chi si reca in strutture sanitarie pubbliche estere*)
- di aver diritto al rimborso(**art.4 della L.R. 24 novembre 2014, N.20**) il cui nucleo familiare evidenzi un indicatore di situazione economica equivalente (ISEE) pari ad € _____ non superiore ad € 36.000,00 nei limiti dei seguenti importi:
 - a) per ISEE non superiore ad € 16.000,00 è ritenuta ammissibile a rimborso il 100% della spesa;
 - b) per ISEE non superiore ad €24.000,00 è ritenuta ammissibile a rimborso il 60% della spesa;
 - c) per ISEE non superiore ad €36.000,00 è ritenuta ammissibile a rimborso il 25% della spesa.
- di essere tipizzato ed inserito nelle liste d'attesa per trapianto di _____ a far data dal _____ presso il Centro Trapianti di _____ ;
- di essersi recato presso:**
 - la Struttura Sanitaria Pubblica o Centro Trapianti _____ per esami preliminari e/o esami per la tipizzazione tissutale;
 - a Struttura Sanitaria Pubblica o Centro Trapianti _____ per sottoporsi a trapianto d'organo;
 - la Struttura Sanitaria Pubblica o Centro Trapianti per controlli successivi al trapianto d'organo o derivanti dalle complicanze dell'intervento; (*Tali controlli sono rimborsabili solo qualora non effettuabili in regione*);

- la Struttura Sanitaria Pubblica _____
per cure (*nel caso di patologie rare o gravi patologie*)

di essere stato ricoverato presso la predetta Struttura Sanitaria per il periodo:

(Indicare periodo di ricovero, specificando se trattasi di ricovero ordinario o day hospital)

di essersi recato presso il predetto Centro _____ servendosi di

- mezzo privato
- mezzo pubblico (*si allegano biglietti di viaggio*)
 - a) aereo
 - b) treno
 - c) altro _____
 - d) Autoambulanza (l'utilizzo del mezzo deve essere necessariamente autorizzato dalla struttura sanitaria)

DICHIARA

Altresì i nominativi degli accompagnatori:

Sig. _____ nato/a il _____

a _____ residente a _____

in Via /P.zza _____ CAP _____ Codice Fiscale _____

Sig. _____ nato/a il _____

a _____ residente a _____

in Via /P.zza _____ CAP _____ Codice Fiscale _____

CHIEDE

Il rimborso delle spese di viaggio e di soggiorno sostenute per recarsi presso la predetta Struttura sanitaria in occasione di:

(sino ad un massimo giornaliero di € 150,00 per l'Italia ed € 300,00 per l'estero, precisando che gli scontrini dovranno riguardare solo ed esclusivamente acquisti di genere strettamente alimentare.)

- Esami preliminari, ed esami per la tipizzazione tissutale.
- Intervento di trapianto d'organo.
- Controlli successivi al trapianto d'organo o derivanti dalle complicanze dell'intervento.
(Tali controlli sono rimborsabili solo qualora non effettuabili in regione)
- Prelievo da donatore.
- Trattamenti sanitari nel caso di patologie rare o patologie gravi.

Il rimborso delle spese di viaggio sostenute dagli eventuali accompagnatori in occasione degli eventi sopra descritti.

Il rimborso delle spese di soggiorno sostenute dagli eventuali accompagnatori in occasione degli eventi sopra descritti.

- ☐ **Il rimborso delle spese di viaggio sostenute dal donatore** in occasione degli eventi sopra descritti.
- ☐ **Il rimborso delle spese di soggiorno sostenute dal donatore** in occasione degli eventi sopra descritti.

Ai fini di cui sopra allega:

- certificazione sanitaria rilasciata dalla struttura sanitaria di ricovero attestante i periodi di ricovero e/o le prestazioni effettuate presso il centro;
- certificazione rilasciata dalla struttura sanitaria di ricovero attestante la necessità dell'accompagnatore;
- certificazione sanitaria attestante il riconoscimento dell'invalidità civile al 100% con diritto all'accompagnamento.
- copia del modello S2 (*qualora si rechi all'estero solo il paziente*);
- copia del modello S2 attestante la necessità dell'accompagnatore;
- Dichiarazione ISEE;
- Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità;
- Biglietto/i ferroviari/aerei/altro;
- Scontrini autostradali;
- Ricevute/fatture per spese di soggiorno/vitto.

Il sottoscritto dichiara inoltre:

1. di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.L.gs. n. 196/2003, che:

- che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- il conferimento dei dati è sempre obbligatorio: non fornire i dati comporta non osservare obblighi di legge e/o impedire che l'Ufficio ricevente possa rispondere alle richieste;
- i dati possono essere comunicati a tutti i soggetti che, secondo la normativa vigente, sono tenuti a conoscerli o possono conoscerli, nonché ai soggetti che sono titolari del diritto di accesso;
- i dati possono essere conosciuti dal Responsabile o dagli incaricati del Responsabile;
- l'interessato può esercitare i seguenti diritti previsti dall'art. 7 del D.L.gs. n. 196/2003:
 - a) richiedere la conferma o meno dell'esistenza o meno dei dati che lo riguardano;
 - b) ottenere la loro comunicazione in forma intelligibile;
 - c) richiedere di conoscere l'origine dei dati personali, le finalità e modalità del trattamento, la logica applicata se il trattamento è effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
 - d) ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei trattati in violazione di legge;
 - e) aggiornare, correggere o integrare i dati che lo riguardano;
 - f) opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati.

di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.L.gs. n. 196/2003, che:

2. la Struttura Sanitaria ASREM potrà procedere ad idonei controlli sulla veridicità di quanto dichiarato, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R 28.12.2000, n. 445.

Luogo e data _____

Firma _____

MODALITA' DI PAGAMENTO

- Accredito su c/c Bancario CODICE IBAN _____
presso la Banca _____
- Accredito su c/c Postale CODICE IBAN _____
presso l'ufficio postale di _____
- Assegno circolare non trasferibile (per un importo non superiore ad EURO 1000 ai sensi della Legge n. 214 del 2011 art. 12 comma 2 lett. C).
- Quietanza diretta presso la Tesoreria Banca Popolare dell'Emilia Romagna (per un importo non superiore ad EURO 1000 ai sensi della Legge n. 214 del 2011 art. 12 comma 2 lett. C).

Data _____

Firma _____