



Al Direttore del Distretto Socio Sanitario n° _____

OGGETTO: Richiesta di contributo fisso mensile per le spese sostenute per il trattamento di emodialisi domiciliare, ex Legge Regionale n.° 9 del 05/11/1991 e ss.mm.ii. (L.R. n.° 23 del 04/07/1994).

Io sottoscritto _____
nato a _____ il _____ prov. _____ residente a _____
prov. _____ alla via _____ n° _____
domiciliato a _____ prov. _____ alla via _____
n° _____ codice fiscale _____ numero di telefono _____
e-mail _____

ai sensi dell'art. 46 e dell'art. 47 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali in cui incorre in caso di dichiarazioni mendaci e non veritiere,

DICHIARO

- per me medesimo,
- per effetto della delega conferitami (che si allega) il signor/a _____
nato a _____ il _____ prov. _____ residente a _____
prov. _____ alla via _____ n° _____
domiciliato a _____ prov. _____ alla via _____
n° _____ codice fiscale _____ numero di telefono _____
e-mail _____

di essere stato sottoposto ovvero che il signor/a _____ è stato sottoposto presso il proprio domicilio sopracitato a:

- trattamento con rene artificiale,
 - trattamento di dialisi peritoneale,
- per l'anno _____ per l'intero periodo di:
- | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> gennaio | <input type="checkbox"/> febbraio | <input type="checkbox"/> marzo |
| <input type="checkbox"/> aprile | <input type="checkbox"/> maggio | <input type="checkbox"/> giugno |
| <input type="checkbox"/> luglio | <input type="checkbox"/> agosto | <input type="checkbox"/> settembre |
| <input type="checkbox"/> settembre | <input type="checkbox"/> ottobre | <input type="checkbox"/> dicembre |

Devono essere dichiarati solo i mesi per i quali il trattamento è stato fruito per intero, non devono essere considerati i mesi di utilizzo frazionato.

oppure per l'anno _____ nei seguenti periodi:

gennaio: dal _____ al _____
febbraio: dal _____ al _____
marzo: dal _____ al _____
aprile: dal _____ al _____
maggio: dal _____ al _____
giugno: dal _____ al _____
luglio: dal _____ al _____
agosto: dal _____ al _____
settembre: dal _____ al _____
ottobre: dal _____ al _____
novembre: dal _____ al _____
dicembre: dal _____ al _____

CHIEDO

ai sensi della Legge Regionale n° 9 del 05/11/1991, articolo 2 commi 3 e 4 e ss.mm.ii. (ex L.R. n. 23/1994), il contributo fisso mensile per le spese sostenute di energia elettrica ed acqua per il funzionamento dell'impianto per il periodo suindicato.

Pertanto si chiede l'importo di € _____/per ciascun mese intero e/o di € _____/per i mesi parziali nei limiti massimi mensili di € 77,47 (pari a £ 150.000) per il trattamento con rene artificiale e di € 51,64 (pari a £ 100.000) per il trattamento di dialisi peritoneale, rivalutati in base all'adeguamento dell'indice ISTAT al mese di dicembre dell'anno _____.

L'importo complessivo del Contributo richiesto per il periodo oggetto di certificazione è pari a € _____.

Il calcolo relativo alla rivalutazione in base all'indice ISTAT viene effettuato dal Responsabile del Procedimento del Distretto Socio Sanitario, utilizzando il motore di ricerca messo a disposizione dell'ISTAT partendo dal mese di luglio 1994 (data di definizione delle tariffe regionali disposte con la L.R. 23/94)

Si allega certificazione del Dirigente della Divisione o del Servizio di nefrologia e dialisi sanitariamente responsabile attestante il periodo in cui l'assistito è stato sottoposto al trattamento per il quale la norma prevede il diritto al contributo.

Dati per l'accredito del contributo:

