

Distretto Sanitario di_____



REGIONE
LAZIO



REGIONE
LAZIO



ALLEGRO

Per persone affette da patologie oncologiche e per persone in lista di attesa per trapianto di organi solidi o di midollo

- esenzione per patologia oncologica cod. 48 (solo per le persone affette da patologie oncologiche);
- documentazione attestante che le persone siano affette – al momento della presentazione della domanda – da patologie oncologiche e che necessitano di cure e/o trattamenti
- certificazione emessa da uno dei centri di riferimento presenti sul territorio nazionale di trovarsi nelle condizioni previste dall'art. 4, comma 48, lettera b legge regionale 13/2018 (solo per le persone in lista di attesa per trapianto di organi solidi o di midollo)
- attestazione dell'indicatore ISEE con un valore non superiore a 15.000,00, calcolato secondo quanto disposto dall' art. 6 del DPCM 159/2013 e smi;
- copia del codice IBAN del conto corrente (su cui è possibile accreditare il contributo) o codice IBAN della carta Postepay Evolution
- eventuale dichiarazione, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR n. 445/2000 e smi, attestante il grado di parentela o affinità o la condizione di convivenza con il destinatario del contributo nel caso in cui la domanda non venga presentata direttamente dall'interessato;

Le persone che si trovano in una delle situazioni previste dal comma 49 dell'art. 4 della l.r. 13/2018, ovvero perdita del proprio posto di lavoro o ricorso al periodo di aspettativa non retribuita avendo terminato il periodo di malattia retribuito riconosciuto dal contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL) potranno produrre idonea documentazione attestante una delle sopraelencate condizioni anche attraverso la presentazione dell'ISEE corrente di cui all'art. 9 del DPCM n. 159/2013 e smi, purché questo presenti un valore inferiore a 15.000,01.

EVENTUALE ALTRA DOCUMENTAZIONE

- una copia di un documento di identità in corso di validità della persona (ad es. genitore, tutore, familiare, ecc) che presenta la richiesta per conto della/del beneficiaria/o del contributo
- Dichiarazione di trovarsi in una delle situazioni previste dal comma 49 dell'art. 4 della l.r. 13/2018, ovvero perdita del proprio posto di lavoro o ricorso al periodo di aspettativa non retribuita avendo terminato il periodo di malattia retribuito riconosciuto dal contratto collettivo nazionale di lavoro(CCNL).

la seguente modalità per il pagamento del contributo:

Intestatario/i

[illegible]

DICHIARO

- Data _____

Firma (per esteso e leggibile)

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE



SPAZIO RISERVATO ALL'AZIENDA USL di FROSINONE

Esaminata la documentazione allegata si esprime parere:

☐ positivo☐ negativo

per i seguenti motivi:

Data _____

Firme del Nucleo Valutativo



PER EVENTUALE RICEVUTA DELL'ASL DI FROSINONE

Ricevo la richiesta di contributo da parte del/la Sig./ra

Nome _____ Cognome _____

- ☐ esenzione per patologia oncologica cod. 48;
- ☐ documentazione attestante- al momento della presentazione della domanda – le patologie oncologiche e necessità di cure e/o trattamenti;
- ☐ certificazione emessa da uno dei centri presenti sul territorio nazionale di trovarsi nelle condizioni previste (art. 4, comma 48, lettera b, legge regionale 13/2018);
- ☐ attestazione dell'indicatore ISEE con un valore non superiore a 15.000,00;
- ☐ dichiarazione, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR n. 445/2000 e smi, attestante il grado di parentela o affinità o la condizione di convivenza con il destinatario del contributo nel caso in cui la domanda non venga presentata direttamente dall'interessato.
- ☐ Dichiarazione di trovarsi in una delle situazioni previste dal comma 49 dell'art. 4 della l.r. 13/2018, ovvero perdita del proprio posto di lavoro o ricorso al periodo di aspettativa non retribuita avendo terminato il periodo di malattia retribuito riconosciuto dal contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL),
- ☐ Copia della tessera sanitaria
- ☐ Copia del documento d'identità
- ☐ Copia del documento d'identità della persona che presenta la richiesta per conto della beneficiaria del contributo
- ☐ Copia codice IBAN

Data _____ Firma e timbro dell'operatore Asl _____

