

## L.R. 202/79

### **Contributo spese viaggio e soggiorno per ricoveri in Strutture Sanitarie Pubbliche o convenzionate fuori Regione in Italia e all'Estero preventivamente autorizzate dalla Regione**

Il cittadino può chiedere il rimborso di un contributo delle spese di viaggio e soggiorno, per sé e per un accompagnatore, in caso di ricovero in altra regione.

L'istanza (Mod. DIR-IT/4) deve essere presentata in data antecedente a quello del ricovero.

All'atto della presentazione dell'istanza è necessario produrre la seguente documentazione:

- certificazione / relazione specialistica rilasciata da struttura sanitaria pubblica attestante la necessità del ricovero fuori regione;
- copie di documentazioni sanitarie già in possesso dell'interessato (cartelle cliniche-referti di esami eseguiti (TAC-RMN-ESAMI LABORATORI) tessera sanitaria;
- copia o dich. sost. di certificazione (art. 46 DPR 445 del 28/12/2000) residenza- stato di famiglia –reddito complessivo nucleo familiare).

Il cittadino ha diritto al rimborso a condizione che il ricovero sia stato preventivamente autorizzato dalla commissione sanitaria regionale.

Istanza Mod. DIR-IT/4 corredata di documentazione sanitaria e amministrativa richiesta

- l'ufficio provvede alla trasmissione della documentazione alla Comm.San. Reg.le
- la Comm.San.Reg.le, valutata la sussistenza dei presupposti sanitari , comunica all'Az. San. competente il parere motivato per l'autorizzazione richiesta.
- l'az. San. Prov.,acquisito il parere provvede alla liquidazione del contributo delle spese sostenute.

Il contributo previsto è fissato in relazione al reddito complessivo del nucleo familiare accertato nell'anno precedente alla richiesta nella seguente misura:

60% della spesa complessiva, per redditi finì al €18,000

50% della spesa complessiva, per redditi finì al €26,000

40% della spesa complessiva, per redditi finì al €36,000

più €1,000 per ogni componente del nucleo familiare fino a max € 4,000.

**RICHIESTA DI CONTRIBUTO ALLE SPESE DI VIAGGIO E SOGGIORNO**

(Riquadro da compilarsi a cura dell'assistito o di un suo familiare)

Spett. ASP di \_\_\_\_\_

I sottoscritt nat il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

chiede che vengano concessi i benefici previsti dalla l.r. 202/79 al Sig. \_\_\_\_\_

nat il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

il quale dovrà recarsi a \_\_\_\_\_ presso il centro \_\_\_\_\_

per usufruire di prestazioni sanitarie.

Fa presente che, come da certificazione sanitaria allegata, le condizioni del paziente  **NECESSITANO** **NON NECESSITANO** della presenza di un accompagnatore.

Mezzo di trasporto richiesto \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (data) \_\_\_\_\_

**ALLEGATI:** Copia codice fiscale del richiedente Referti esami strumentali \_\_\_\_\_ Certificazione medico-specialistica con diagnosi e piano terapeutico rilasciata dalla struttura pubblica regionale Relazione del precedente ricovero**FIRMA**

\_\_\_\_\_

(Riquadro da compilarsi a cura della azienda USL)

**ALLEGATI PRODOTTI DALLA AZIENDA USL** Copia ultimo parere della commissione sanitaria regionale

Estremi del protocollo della presente istanza: n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**Firma dell'addetto al servizio**

\_\_\_\_\_

**REGIONE SICILIANA**  
**ASP- RAGUSA**

**Consenso da parte dell'interessato al trattamento ed alla  
comunicazione dei dati idonei a rivelare lo stato di salute.**

Il /la sottoscritto/a ..... nato/a a ..... il .....  
e residente a ..... in via ..... numero civico .....  
dopo essere stato informato ai sensi dell'art. 10 della legge sulla privacy (L- 675/96) e, in  
particolare, dopo essere stato informato dei propri diritti nei confronti del trattamento dei  
dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale; preso atto che i trattamenti  
verranno effettuati, comunque, nei limiti posti dalla legge, inclusi i profili inerenti la  
salvaguardia della loro riservatezza

**ESPRIME**

il proprio consenso al trattamento dei dati personali che lo riguardano da parte di tutte le  
strutture della Azienda U.S.L. n. 7 ai fini strettamente necessari per le attività sanitarie  
correlate all'oggetto della prestazione; esprime il proprio consenso al trattamento dei propri  
dati ai fini statistici, epidemiologici e di ricerca scientifica, ivi includendovi la  
comunicazione, la diffusione e il trasferimento all'estero, nei casi previsti dalla legge, dal  
regolamento dell'Azienda o comunque effettuati nell'ambito delle sue finalità istituzionali;

**CONSENTE**

che sia data comunicazione in ordine al proprio stato di salute alle sotto indicate persone  
(SEGNARE CON UNA CROCETTA LA VOCE CHE INTERESSA):

- NESSUNO**
- CONIUGE E FIGLI**
  - solo informazioni generiche di salute
  - emergenze
  - ogni informazioni
  - nessuna informazione
- ALTRA PERSONA (indicare quale)**
  - solo informazioni generiche di salute
  - emergenze
  - ogni informazione
  - nessuna informazione
- AMICI E CONOSCENTI**
  - solo informazioni generiche di salute
  - emergenze
  - ogni informazione
  - nessuna informazione
- ORGANI DI STAMPA – RADIO – TELEVISIONE**
  - solo informazioni generiche di salute
  - emergenze
  - ogni informazione
  - nessuna informazione

FIRMA

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI  
(ART. 46 D.P.R. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000)**

Il/ la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

nato/a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) in via \_\_\_\_\_  
(luogo) (prov.) (indirizzo)

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. 445 del 28 Dicembre 2000

**DICHIARA**

Di essere nato/a \_\_\_\_\_ ( RG ) il \_\_\_\_\_

Di essere residente a \_\_\_\_\_

Che la famiglia convivente si compone di:

( Cognome e nome) ( luogo e data di nascita) (rapporto di parentela)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Situazione reddituale o economica ai fini della concessione dei benefici di qualsiasi tipo previsti da leggi speciali, per l'anno \_\_\_\_\_ è la seguente \_\_\_\_\_

**IL DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_  
(luogo, data)

\_\_\_\_\_

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.

**A.S.P. DI RAGUSA**

**DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'**

Il/la sottoscritt .....

Nat ..... il .....

Residente a .....

Via .....

**DICHIARA**

Sotto la propria responsabilità e ad ogni effetto di legge che per la pratica relativa al

.....

.....

.....

non ha richiesto e non richiederà rimborsi o contributi ad altri Enti o Società di Assicurazioni.

Data

**FIRMA**