

**RICHIESTA DI PRESTAZIONE SOCIALE AGEVOLATA
CONTRIBUTO ECONOMICO PER SPESE SANITARIE- ANNO 2024 competenza anno 2023**

Il/La Sottoscritto/a _____ in qualità di _____

per conto del Sig./della Sig.ra _____

C.F. _____ nato/a a _____

il, _____ residente a Calcinato in Via _____ n. _____

Tel. _____, e-mail _____

CHIEDE

di essere ammesso/a a beneficiare del seguente **contributo economico a rimborso del 50%** delle spese sostenute:

CONTRIBUTO ECONOMICO PER LE SEGUENTI SPESE SANITARIE

Scontrini fiscali del ticket per acquisto medicinali, ricevute di pagamento per analisi di laboratorio, esami medico - specialistici, esami radiologici e visite specialistiche convenzionati al S.S.N di competenza anno 2023 completi di codice fiscale del richiedente e/o familiari appartenenti allo stesso nucleo familiare **in base alla documentazione presentata ed alle risorse a bilancio per chi rientra nelle seguenti fasce ISEE**

Fascia ISEE	Limiti	Importo Massimo
<input type="checkbox"/> 1 ^a	da € 0,00 a € 5.800,00	€ 400,00
<input type="checkbox"/> 2 ^a	da € 5.800,1 a € 6.300,00	€ 350,00
<input type="checkbox"/> 3 ^a	da € 6.300,01 a € 6.800,00	€ 300,00
<input type="checkbox"/> 4 ^a	da € 6.800,01 a € 7.350,00	€ 250,00
<input type="checkbox"/> 5 ^a	da € 7.350,01 a € 7.900,00	€ 200,00
<input type="checkbox"/> 6 ^a	da € 7.900,01 a € 8.500,00	€ 150,00
<input type="checkbox"/> 7 ^a	da € 8.500,01 a € 9.100,00	€ 150,00
<input type="checkbox"/> 8 ^a	da € 9.100,01 a € 9.750,00	€ 100,00
<input type="checkbox"/> 9 ^a	da € 9.750,01 a € 10.400,00	€ 100,00

Prende atto che il contributo potrà essere ridotto proporzionalmente qualora la somma totale superi l'importo stanziato a bilancio.

Dichiara di essere in possesso dei requisiti per l'accesso alla prestazione, previsti dal Piano Socio-Assistenziale anni 2022-2023 attualmente in vigore, approvato con deliberazione di Consiglio Comunale n. 52 del 30/09/2022.

Dichiara di possedere un ISEE

- CORRENTE
- ORDINARIO

in corso di validità al momento della presentazione della domanda pari a € _____ come risulta da attestazione n. _____ rilasciata il _____

RICHIEDE

- che il contributo economico sia erogato tramite bonifico sul **conto corrente postale/bancario** intestato a _____ utilizzando il seguente CODICE IBAN _____

(OPZIONE POSSIBILE SOLO IN CASO DI ASSENZA DI CONTO CORRENTE POSTALE/BANCARIO)

- che il contributo economico sia erogato tramite erogazione diretta con mandato di pagamento intestato a _____

A tal fine allega:

- Scontrini fiscali del ticket per acquisto medicinali, ricevute di pagamento per analisi di laboratorio, esami medico - specialistici, esami radiologici e visite specialistiche **di competenza anno 2023** completi di codice fiscale del richiedente e/o familiari appartenenti allo stesso nucleo familiare
- Documento d'Identità del richiedente
- Documento d'Identità del firmatario in caso fosse diverso dal richiedente
- Documento della banca riportante l'intestatario e gli estremi bancari (IBAN) utili all'accredito del contributo

Si comunica che gli scontrini e le ricevute di pagamento che verranno consegnati saranno trattenuti presso l'ufficio competente fino alla fase conclusiva dell'istruttoria.

Calcinato, lì _____

Firma _____

I dati personali saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto del del D.Lgs. 196/2003 e del Regolamento 679/2016/UE. Titolare del trattamento è il Comune di Calcinato, che ha nominato Responsabile per la protezione dei dati l'Ing. Nicola Madrigali email di contatto nicola.madrigali@ordingbo.it. L'interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento citato. L'informativa completa è disponibile presso gli uffici comunali.