****

**Al Direttore Amministrativo Territoriale - Area Vasta n.\_\_\_\_**

# L.R. 7/21— DOMANDA DI RIMBORSO SPESE A SUPPORTO DELLE CURE ONCOLOGICHE PRESTAZIONI FRUITE DAL 11/06/2021

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cod. Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (…...) via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e domiciliato in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **In qualità di diretto interessato:**
* **In qualità di genitore del minore** *(esercente la responsabilità genitoriale)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cod. Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **In qualità di tutore/curatore/amministratore di sostegno di** *(con Decreto di nomina allegato)*:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cod. Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **In qualità di erede di** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cod. Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ deceduto il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_
* **In qualità di delegato** di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cod. Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con delega allegata del\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*consapevole delle sanzioni penali cui va incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizioni di atto falso o contenenti datti non rispondenti a verità ai sensi dell’art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000*

# CHIEDE

Il riconoscimento del RIMBORSO per le spese sostenute, nel rispetto del tetto massimo rimborsabile previsto dalla LR 7/21, per essersi recato dalla propria residenza/domicilio a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e ritorno,

con il seguente mezzo di trasporto:

* MEZZO PUBBLICO (si allegano i biglietti di viaggio)
* MEZZO PROPRIO / FAMILIARI / TERZI
* TAXI
* TAXI SANITARIO
* AMBULANZA

A tal fine **DICHIARA:**

di aver avuto la necessità di essere accompagnato/a dal Sig./ra:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cod. Fiscale:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ come da certificazione medica allegata . *( In assenza di certificazione attestante la necessità dell’accompagnatore, le spese sostenute non verranno rimborsate )*

# COMUNICA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CODICE IBAN |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Che l’importo dovrà essere accreditato intestato a:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cod. Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

esonerando fin d’ora l’ASUR Area Vasta n.\_\_\_\_ da ogni responsabilità conseguente alla eventuale delega.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma dichiarante

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Informativa breve sul trattamento dei dati personali ex artt. 13-14 Reg. UE 2016/679 “GDPR”**

La procedura relativa al rimborso spese a supporto delle cure oncologiche in oggetto comporta il trattamento dei dati personali degli assistiti da parte dell'ASUR Marche, quale titolare del trattamento. Il trattamento di dati personali è attuato su richiesta dell’interessato e la procedura è attuata da ASUR Marche nell’interesse pubblico nel settore della sanità pubblica e per finalità amministrative correlate a quelle di diagnosi, assistenza o terapia sanitaria o sociale. Il trattamento è effettuato con modalità manuali e informatiche, nel rispetto di misure di sicurezza adeguate alla protezione dei dati. La presentazione dell’istanza è facoltativa, ma fornire i propri dati è necessario per lo svolgimento della procedura. I dati raccolti sono quelli da Voi forniti tramite l’apposito modulo e saranno elaborati dal personale ASUR Marche, che agisce sulla base di specifiche istruzioni. Il trattamento riguarda anche dati sensibili (c.d. particolari). I dati sono trasmessi ai competenti Uffici e Unità Operative per il corretto svolgimento del servizio e possono essere comunicati all'esterno solo per obblighi di legge o solo in caso di soggetti appositamente individuati e istruiti quali responsabili del trattamento al fine di permettere il corretto espletamento delle procedure. I dati sono forniti dall’interessato o, in sua vece, da chi ne esercita la rappresentanza legale. Il dichiarante può esercitare i diritti di cui agli artt. 15 e ss. del GDPR, ivi compreso il diritto al reclamo all’Autorità Garante (info: https://www.garanteprivacy.it), nei limiti previsti dagli artt. 23 GDPR, 2-undecies e 2-duodecies Codice Privacy. Non sono previsti processi decisionali automatizzati né trasferimenti extra UE. I dati saranno conservati per il termine previsto dalla legge. Ulteriori informazioni come l'informativa generale utenti, il modulo per l’esercizio dei diritti indicati o i dati di contatto del RPD, sono disponibili nel sito web istituzionale, sezione Privacy, o presso gli appositi uffici.

# A.S.U.R. - RIMBORSI PER SOGGETTI AFFETTI DA PATOLOGIA ONCOLOGICA

(L.R. 20/05/2021 n. 7; D.G.R.M. 21/09/2021 n. 1131)

# A CHI SPETTA

Cittadini residenti nella Regione Marche affetti da patologia oncologica

# PER QUALI PRESTAZIONI E’ POSSIBILE PRESENTARE DOMANDA

Prestazioni fruite in strutture pubbliche o private accreditate dalI’11 giugno 2021.

* Trattamenti di radioterapia e di chemioterapia,
* interventi di chirurgia oncologica, anche ricostruttiva e conservativa,
* esami diagnostici e di laboratorio, interventi di riabilitazione e di fisioterapia, cure palliative e terapie del dolore, visite mediche specialistiche, controlli periodici, anche non programmati, compresi quelli successivi alla patologia, correlati alla medesima,
* prestazioni di supporto psicologico, incluso quello al nucleo familiare, connesse alla medesima patologia; in questo caso il rimborso è riconosciuto esclusivamente se le stesse sono riferite alle prestazioni effettuate presso strutture sanitarie pubbliche e private accreditate del territorio della regione Marche.

# SPESE RIMBORSABILI RELATIVE ALL’ASSISTITO

1. spese documentate dei viaggi di andata e ritorno tra la residenza, domicilio e il luogo di fruizione della prestazione sanitaria, nel limite complessivo annuale di 1.000,00 euro;
* con mezzi propri o di terzi; la misura del rimborso, che verrà riconosciuto solo all’assistito, è pari a 1/5 del costo del carburante vigente alla data del viaggio per ogni chilometro percorso al quale va sommato l’eventuale pedaggio autostradale, formalmente documentato; il costo del parcheggio è escluso;
* con mezzi di trasporto pubblico, con rimborso totale del costo;
* a mezzo taxi, con rimborso totale del costo a favore sia dell’assistito sia deII’ accompagnatore unicamente:

per il percorso più breve di andata e ritorno intercorrente tra la residenza o domicilio dell’assistito e il luogo di accesso (ad es. stazione ferroviaria) ai mezzi di trasporto pubblico utilizzati per raggiungere e il luogo di fruizione della prestazione sanitaria; per un solo percorso di andata e ritorno al giorno secondo il percorso più breve intercorrente tra il luogo di soggiorno fuori Area Vasta/regione e il luogo di fruizione della prestazione sanitaria;

* con autoambulanza o con taxi sanitario con rimborso totale del costo aII’assistito; le spese di viaggio con autoambulanza sono rimborsate esclusivamente nei casi in cui le condizioni cliniche dell’assistito, attestate dal Medico di Medicina Generale o dal Medico Specialista, siano tali da non consentire l’utilizzo di altri mezzi di trasporto e qualora non sia possibile fruire del trasporto sanitario gratuitamente ai sensi della DGR 301/2017 e s.m.i..
1. spese documentate di vitto fino ad un massimo di 22,26 euro/pasto, e alloggio in hotel fino a quattro stelle, sostenute nel luogo di fruizione della prestazione sanitaria, limitatamente al periodo previsto per le prestazioni sanitarie, nel limite complessivo annuale di 1.000,00 euro.

# SPESE RIMBORSABILI RELATIVE ALL’ACCOMPAGNATORE

Sono rimborsabili le seguenti spese relative alI’ accompagnatore, purché la sua presenza sia riconosciuta necessaria, mediante attestazione, dal medico oncologo che ha in cura il paziente o dal medico di medicina generale.

1. spese documentate di viaggio con mezzi di trasporto pubblico;
2. spese documentate di vitto fino ad un massimo di 22,26 euro/pasto, e alloggio in hotel fino a quattro stelle, sostenute nel luogo di fruizione della prestazione sanitaria. Tali spese sono rimborsabili nel limite complessivo annuale di 1.000,00 euro.

Non sono ammissibili le eventuali spese relative ai viaggi effettuati per la sostituzione deIl’ accompagnatore in costanza di ricovero dell’assistito:

Il rimborso verrà erogato in percentuale, secondo le classi di ISEE precisate nella DGRM n 1131/2021

# DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA DI RIMBORSO

ISEE ordinario/ISEE corrente chiesto nell’anno della prestazione.

Documentazione sanitaria attestante la data e la prestazione fruita

Fotocopia del documento di identità

Decreto nomina amm di sostegno/curatore/tutore

Atto di delega e documento di identità del delegato

IBAN del C/C bancario o postale

Biglietti aerei, del treno, del bus, della metro — ricevute/fatture taxi Scontrini pedaggio autostradale e/o telepass

Ricevute, fatture, scontrini parlanti o autocertificati del vitto intestati aII’assistito o all’accompagnatore.

Fatture e/o ricevute del pernottamento, intestate aII’assistito e/o aII’accompagnatore.

Dichiarazione sostitutiva di atto notorio, in caso di decesso dell’assistito

La domanda puo’ essere presentata nell’anno solare di riferimento della prestazione ( 1 gennaio 31 dicembre) e accolta entro il 31 gennaio dell’anno successivo, fatta salva la previsione dell’art.2946 cc