Comune di Ferrandina

Provincia di Matera

Area Amministrativa Socio-Culturale

AVVISO PUBBLICO

PROVVIDENZE A FAVORE DEI CITTADINI NEFROPATICI E DEI CITTADINI AFFETTI DA TALASSEMIA ED ALTRE PATOLOGIE DEL SANGUE ANNO - 2023.

Si avvisa che entro le ore **18.00** del **16/02/2023** i cittadini interessati all'erogazione del contributo per **nefropatici** o **talassemici** ed in possesso dei requisiti prescritti dalle leggi di cui in oggetto, dovranno presentare al Comune domanda per la concessione del contributo per l'**ANNO 2023**.

Si precisa che la Legge Regionale 18 del 11/05/2015, come da ultimo modificata ed integrata per effetto della L.R. n. 47 del 27/10/2015 e della D.G.R. 1485 del 17/11/2015, ha rivisitato i parametri di reddito per l'accesso ai contributi in parola e l'entità del contributo come in appresso riportati, introducendo quale nuovo parametro per l'accertamento della situazione reddituale del nucleo familiare, già dal 2016, la certificazione ISEE, non più il reddito ai fini IRPEF;

Isee	Contributo mensile	Contributo aggiuntivo
€ 0.00 - € 14.000 00	€ 240, 00	€ 150, 00
€ 14.001.00 - € 21.000,00	€ 120, 00	€ 150 ,00

Per i pazienti talassemici o affetti da altre malattie del sangue (emofilia; emolinfopatia maligna; inumino deficit grave, congenito ed acquisito) come individuati dalle L.R. n. 22/82 e n. 26/89, alla contribuzione come sopra prevista va aggiunto il contributo forfetario a titolo di rimborso spese nel caso di talassemici cronici soggetti ad emodialisi o sottoposti a trapianto renale, cosi determinato dalla normativa:

Contributo	Causale
€ 32,00	Distanza fra 10 e 50 Km dal centro trasfusionale
€ 43.00	Distanza fra 50 e 80 km dal centro trasfusionale
€ 59,00	Distanza oltre 80 Km dal centro trasfusionale

Si precisa, inoltre, che il contributo per pazienti talassemici spetta solo nel caso di ***"interventi terapeutici e di controllo in forma continuativa"***, ivi inclusi i cittadini affetti da infezione da HIV soggetti a terapie e controlli continuativi.

Chiunque ritenga di trovarsi nelle condizioni per accedere ai contributi in oggetto potrà presentare domanda utilizzando gli appositi moduli reperibili presso l'Ufficio dei Servizi Sociali del Comune di Ferrandina, nonché, pubblicati, in allegato, al presente Avviso.

Alla domanda, che varia a seconda che si tratti di prima richiesta del contributo o di continuazione con
gli anni precedenti, dovrà essere allegata la seguente documentazione, a pena di esclusione:

- ✓ Certificazione medica;
- ✓ Certificazione ISEE in corso di validità **anno 2023**;
- ✓ Fotocopia del documento di riconoscimento del sottoscrittore.

COMUNE DI FERRANDINA - PROT. N.0000995 del 17-01-2023 in partenza

Le domande debitamente compilate e corredate dalla documentazione sopra prevista, dovranno essere consegnate entro il termine delle ore **18.00** del **16/02/2023** presso l'ufficio protocollo del Comune di Ferrandina o inviate tramite PEC (Posta Elettronica Certificata) al seguente indirizzo: **comune.ferrandina.mt@cert.ruparbasilicata.it**

Si precisa che le domande incomplete o difformi da quanto ivi previsto e/o non corredate della documentazione richiesta, non verranno prese in considerazione.

Per ogni ulteriore eventuale informazione rivolgersi all'Ufficio dei Servizi Sociali del Comune ai seguenti nn. di telefono: 0835.756239 – 0835 -756243.

Ferrandina 17 gennaio 2023

COMUNE DI FERRANDINA

Area Amministrativa Socio Culturale
Il Responsabile
Francesco PELLEGRINO

Allegati: Schema di domanda.

COMUNE DI FERRANDINA - PROT. N.0000995 del 17-01-2023 in partenza

RICHIESTA CONTRIBUTO SOCIO-ASSISTENZIALE
ai sensi delle leggi regionali 41/79, 30/81, 22/82,
26/89, 23/2004, 5/2015 (art. 21), 18/2015 e 47/2015.

(Modello di domanda presentata dall'utente o dal genitore/tutore)

Al Servizio POLITICHE SOCIALI
del COMUNE di 75013 - FERRANDINA

La/il sottoscritta/o _____ nata/o a _____

residente a _____ in via _____ n. _____

cod fisc _____ tel. _____

email _____ tipo documento n. _____

rilasciato da _____ scadenza il _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del DPR 445 del 28 dicembre 2000, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R 445/2000,

DICHIARA

(parte a cura dei genitori/tutori nel caso di utente non ancora maggiorenne)

di essere il _____ dell'utente _____ nato/a a _____ il _____ residente a _____ in via _____ cod. fisc _____ documento di identità n. _____ rilasciato da _____ scadenza il _____

CHIEDE,

ai sensi delle LL.RR. nn. 41/79, 46/80, 30/81, 22/82, 26/89, 23/2004, 5/2015 (art. 21), 18/2015 e 47/2015, per l'anno **2023**

(barrare le caselle)

☐ la concessione del contributo economico;

☐ il rimborso forfettario per le spese di viaggio (limitatamente ai talassemici e ai cittadini affetti da altre patologie del sangue sottoposti ad emotrasfusioni);

☐ il contributo per la dialisi domiciliare.

Il sottoscritto allega:

1. certificato medico della struttura ospedaliera in busta chiusa;
2. dichiarazione ISEE dell'anno di riferimento;
3. eventuale atto di delega autenticato al Comune per il ritiro delle spettanze;
4. fotocopia del documento di riconoscimento.

Dichiara, infine, di scegliere la seguente modalità di pagamento:

☐ quietanza diretta;

☐ accredito sul c/c bancario IBAN ……

Data_____

Firma_____

COMUNE DI FERRANDINA - PROT. N.0000995 del 17-01-2023 in partenza