



Amministrazione destinataria

Comune di Marsala

Ufficio destinatario

Servizi sociali

Domanda di erogazione di contributo economico individuale

Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata

CHIEDE

l'erogazione di contributo economico individuale

- per sè stesso
 per il seguente familiare o tutelato

Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza

in qualità di (*)

Ruolo

In qualità di (*):

amministratore di sostegno, curatore, esercente potestà genitoriale, familiare, tutore legale

attualmente residente in

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
							<input type="checkbox"/>	

per il seguente motivo

- rimborso del trasporto dei disabili ai centri di riabilitazione
 grave patologia che ha reso necessari interventi sanitari fuori dalla Regione
 situazione di grave stato di salute che comporta cure radio-chemioterapiche fuori dal Comune
 famiglia con componenti ospiti in strutture residenziali di cura e comunità alloggio fuori dal Comune
 eventi catastrofici o situazioni di eccezionale gravità
 decesso di familiare unico percettore di reddito
 ex detenuto
 patologie gravissime o rare che necessitano di cure fuori dalla Provincia
 acquisto di farmaci di fascia 'C'
 altro (specificare)

Eventuali annotazioni

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- copia del documento di identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- copia dell'attestazione ISEE
- certificazione attestante la condizione di handicap grave ai sensi della Legge 05/02/1992, n. 104
(da allegare se il contributo viene richiesto per una condizione di handicap)
- copia del permesso di soggiorno
(da allegare in caso di cittadino extracomunitario)
- certificazione sanitaria dell'ASP attestante la necessità della cura o terapia e la durata del trattamento
(da allegare se il contributo viene richiesto per una condizione di patologia grave che necessità di particolari trattamenti)
- certificato medico rilasciato da un medico specialista dell'ASP attestante la tipologia di farmaco di fascia "C" prescritto
- preventivo di spesa rilasciato dalle strutture abilitate alla dispensazione di farmaci
(da allegare se il contributo viene richiesto per fronteggiare l'approvvigionamento di farmaci)
- certificato ASP o Ospedali/Cliniche Regione Sicilia attestante la patologia
(da allegare se il contributo viene richiesto per una condizione di patologia grave)
- attestato prenotazione ricovero per intervento sanitario fuori dalla Regione
- certificato medico Ospedali o Cliniche con calendario sedute radio-chemioterapiche
- attestato strutture di ricovero convenzionate comprovanti la presenza di familiari ospiti in struttura
- documentazione attestante la sussistenza di eventi catastrofici o di eccezionale gravità
- documentazione attestante il decesso di un familiare unico percettore di reddito
- altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Marsala

Luogo

Data

Il dichiarante