ANDSAI
ASSOCIAZIONE NAZIONALE DIPENDENTI
SOCIETÀ AUTOFERROTRAMVIARIE E
INTERNAVIGAZIONE

Mod. UT/3 – Ediz. 2020

OGGETTO : Sussidio Assistenziale
per gravi malattie

Il sottoscritto.....

nato a ....., il ……..... con C.F. ..... ,

residente in Via/Piazza …..... n° .....

C.A.P. ..... Comune …….……...……Prov. ..... Telefono ……..……..

Indirizzo mail ……..……, dipendente dall'Azienda .....,

trovandosi in uno dei casi per i quali il Consiglio di Amministrazione ha previsto per l'anno ..... l'erogazione di un sussidio assistenziale quale contributo alle spese di malattia sostenute per se stesso o per:

☐ coniuge a carico_____(indicare cognome e nome);

☐ figlio a carico_____,

chiede l'erogazione dell'assistenza indicata in oggetto.

A tale scopo dichiara di aver sostenuto spese per l'ammontare di €..... per malattia compresa al punto .....dell'elenco patologie assistibili retro indicato.

Allega i seguenti documenti :

a) - fotocopia della cartella clinica o di altre documentazioni medico-sanitarie;

b) - fatture o ricevute fiscali originali delle spese realmente sostenute oppure fotocopie autenticate;

c) - per il caso di familiari conviventi fiscalmente a carico, dichiarazione sostitutiva come da modello allegato.

Il sottoscritto dichiara che gli importi di cui ai documenti allegati sono rimasti:

☐ a suo carico per intero;

☐ a suo carico per €..... **in funzione dei rimborsi ottenuti da altri Enti o da Compagnie Assicuratrici.** Il sottoscritto riconosce all'A.N.D.S.A.I. facoltà di rivalsa qualora risultasse non dovuto il sussidio eventualmente concesso, in quanto **le spese indicate siano state o saranno rimborsate da altri Enti assistenziali.**

L'importo dell'eventuale sussidio concesso potrà essere corrisposto tramite bonifico bancario:

☐ presso _____
NOME BANCA N° AGENZIA CITTA'

con le seguenti coordinate :

	Paese		Check		Cin	ABI					CAB					Numero conto											
	(2 lett)		(2 cifre)		lett.	(Cinque cifre)					(Cinque cifre)					(Dodici lettere maiuscole e numeri)											
IBAN n°	**I**	**T**																									

Lo scrivente presta il consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili (Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs 196/2003 in materia di protezione dei dati personali).

Data ....
(firma per esteso obbligatoria)

N.B. - L'assistenza di cui alla presente domanda è regolata ogni anno dalle norme pubblicate nel relativo bando. E' pertanto necessario compilare la domanda su MOD. UT/3 aggiornato, da richiedere agli uffici A.N.D.S.A.I., all'incaricato di deposito oppure scaricandolo dal nostro sito web www.andsai.it .

La domanda può essere inoltrata soltanto dagli associati che hanno sostenuto spese, per sé o familiari ammessi, per le malattie che rientrino in uno dei seguenti casi:

Elenco Patologie assistibili

1) trapianto di organi;
2) operazioni a cuore aperto e chirurgia cardiovascolare;
3) interventi per tutte le neoplasie maligne;
4) chirurgia e neurochirurgia cerebrale;
5) neoplasie trattabili con lunga terapia medica;
6) amputazione di arti e conseguenti protesi;
7) chirurgia toracica;
8) chirurgia per il recupero della vista o dell'udito, nei casi di carenza superiore al 70%;
9) chirurgia colonna vertebrale;
10) cure per malattie leucemiche;
11) cure per gravi malattie neuropsichiatriche;
12) emiparesi bilaterale;
13) paraplegia agli arti inferiori;
14) sclerosi multipla;
15) paraparesi spastica;
16) encefalopatia;
17) tetraparesi spastica;
18) microsomia emifacciale;
19) ipometria da osteomielite;
20) emiplegia;
21) grave ritardo psicomotorio e del linguaggio;
22) lupus eritematoso;
23) ipoacusia pantonale neurosensoriale di entità grave;
24) idrocefalia;
25) necrosi progressiva del fegato;
26) intervento chirurgico alle anche;
27) lesioni cerebrali per asfissia neonatale;
28) cerchiaggio e ricostruzione ginocchio;
29) osteosintesi al femore;
30) atassia di Friedreich;
31) miopia ingravescente;
32) emoperitoneo-splenectomia;
33) grave insufficienza respiratoria;
34) interventi di mastoplastica riduttiva non estetica e di mastoplastica ricostruttiva post oncologica;
35) epifisiodesi tibiale;
36) cirrosi epatica;
37) otticopatia e retinopatia di origine autoimmune;
38) crossectomia safena femorale;
39) malattie infiammatorie intestinali croniche: Morbo di Crohn e rettocolite ulcerosa;
40) dermatomiosite giovanile associata a Charcot Marie-Tooth:
41) insufficienza renale cronica dal 3° stadio.

.

ANDSAI
ASSOCIAZIONE NAZIONALE DIPENDENTI
SOCIETÀ AUTOFERROTRAMVIARIE E
INTERNAVIGAZIONE

Mod. UT/3 – Ediz. 2020

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' *(Artt. 47 e 48 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)*

PER USO RICHIESTA SUSSIDIO ASSISTENZIALE GRAVI MALATTIE PER UN FAMILIARE A CARICO

(Come da deliberazione del Consiglio di Amministrazione A.N.D.S.A.I. del 16 Marzo 2001)

TESTO DELLA DICHIARAZIONE

Io sottoscritt_____associato dell'A.N.D.S.A.I.

alla data del 31/12/202_ , nat_ a_____il _____

residente in Via\Piazza_____n°_____C.A.P._____

Fraz._____Comune_____prov. _____

in relazione alla richiesta allegata di sussidio per gravi malattie del mio Coniuge_____,
Figlio/a cognome nome

consapevole della responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76 D.P.R. 445/2000), dichiaro sotto la mia personale responsabilità che

☐ *coniuge -_____- è con me convivente, non separata legalmente e*
Cognome Nome fiscalmente a mio carico;

☐ *figlio/a -_____, nato a _____il _____*
Nome
è con me convivente e fiscalmente a mio carico;

I familiari sono considerati a carico se non dispongono di redditi superiori ad € 2.840,51 oppure € 4.000,00 per i figli di età non superiore a 24 anni.

Lo scrivente presta il consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili (Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs 196/2003 in materia di protezione dei dati personali).

Firma del familiare maggiorenne
interessato al consenso (Reg. UE 2016/679)

_____ _____
(firma per esteso obbligatoria)

Allegare fotocopia della carta di identità dell'associato
A.N.D.S.A.I. o di un documento equipollente e trascrivere gli estremi: _____

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI EVENTUALMENTE CONSEGUITI SULLA BASE DI UNA DICHIARAZIONE NON VERITIERA ED IN TAL CASO L'A.N.D.S.A.I. AVRA' DIRITTO AL RIMBORSO DI QUANTO INDEBITAMENTE EROGATO.

ACCETTO IL CONTENUTO DELLA PREDETTA AVVERTENZA

Data _____ _____
(firma per esteso obbligatoria)