RICHIESTA DI CONTRIBUTO AD AIPI ONLUS
(ASSOCIAZIONE IPERTENSIONE ITALIANA ONLUS)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____il __/__/____ C.F.:_____
residente in via/p.zza_____n._____
Città _____ CAP _____ Provincia di _____
Stato civile (nubile, coniugato/a, vedovo/a, ecc.): _____
Telefono fisso: _____ Telefono cellulare: _____
Indirizzo e-mail: _____
Nucleo familiare composto da (elencare i componenti): _____
_____
_____
Situazione lavorativa (indicare se attivo/a e in che settore o se in pensione): _____
_____
_____
Se pensionato/a, indicare il tipo (da lavoro, sociale, invalidità): _____
Se invalido/a civile, indicare la percentuale riconosciuta: _____

DICHIARA

di essere un/una paziente affetto/a da Ipertensione Arteriosa Polmonare, in cura presso il centro medico (indicare nome completo struttura): _____
_____
dal (data) _____ medico di riferimento (nome): _____

CHIEDE IL RIMBORSO PER

spese sostenute per (indicare il motivo: spese di viaggio per visite mediche, soggiorno, spese di soggiorno di un accompagnatore durante il ricovero del richiedente) _____
_____
_____
L'importo complessivo è di € _____
Riferimenti bancari (nome istituto, indirizzo): _____
_____
Codice IBAN completo (si prega di verificare attentamente che sia composto da 27 caratteri): _____
_____
Nome e cognome dell'intestatario del conto corrente: _____
_____
Se conto non intestato al richiedente, specificare il rapporto di parentela dell'intestatario del conto corrente con il richiedente: _____

In fede (firma) Data

_____ _____

Il richiedente autorizza al trattamento dei dati secondo il Regolamento UE 2016/679 (GDPR); i dati saranno utilizzati esclusivamente per l'esecuzione delle attività necessarie per l'erogazione del servizio. Per i dettagli del trattamento dei dati si faccia riferimento all'Informativa Privacy, pubblicata al seguente indirizzo https://www.aipiitalia.it/site/download/materiale-informativo/

In fede (firma) Data

_____ _____

FONDO DI SOLIDARIETA' AIPI (rev. Aprile 2019)

Il Fondo di Solidarietà AIPI è stato costituito nel 2005 al fine di dare un aiuto economico ai malati di Ipertensione Arteriosa Polmonare che si trovano in difficoltà finanziarie e che desiderano o hanno necessità di spostarsi dal loro domicilio per accedere a centri specializzati nella cura della patologia.
L'importo disponibile per l'anno è determinato anno per anno in occasione dell'Assemblea dei Soci e dei Sostenitori e della riunione del Consiglio Direttivo in base alle disponibilità dell'Associazione e alle spese previste per l'anno in corso.

Il rimborso può essere accordato solo a pazienti il cui ISEE ordinario non superi i 9.000€.
Al fine di poter aiutare il maggior numero possibile di persone, il Consiglio Direttivo ha deliberato di fissare i seguenti limiti e parametri per ottenere il rimborso:

- il rimborso non potrà essere erogato ai pazienti la cui Regione di residenza provvede all'erogazione di un contributo parziale o totale alle stesse tipologie di spesa (si prega di verificare, è disponibile un approfondimento sul n.61 di AIPI News)
- il rimborso sarà corrisposto nel limite del 50% delle spese sostenute per ogni viaggio documentato presso il Centro di Cura fino ad un massimale di 350€;
- è considerata "documentazione del viaggio presso il centro di cura" il modulo di accettazione (in caso di visita medica) o i certificati di apertura e chiusura del ricovero (in caso di ricovero)
- il rimborso sarà accordato esclusivamente al paziente per sé medesimo, salvo i casi in cui il paziente stesso abbia assoluta necessità di un accompagnatore
- saranno ammesse a rimborso solo spese di viaggio documentate (biglietti di mezzi pubblici, ricevute autostradali), rimborso chilometrico dal domicilio per viaggi esclusivamente tramite automobile (a 0,20 € al Km) e spese di soggiorno (albergo, B&B o TettoAmico)
- il rimborso sarà effettuato solo per i giorni effettivi di visita e/o ricovero ed eventuale pernottamento la sera prima o dopo, ove necessario per via degli orari delle visite o dell'accesso in ospedale

Eventuali eccezioni per condizione di particolare necessità saranno accuratamente valutate di volta in volta.
Tutte le richieste di rimborso saranno sottoposte ad una procedura di verifica e approvazione, che può richiedere del tempo.

Nelle pagine che seguono troverete due moduli da compilare per ciascun trasferimento presso il centro di cura: il primo è relativo alle informazioni generale del richiedente, il secondo è relativo alle spese sostenute.
A questi moduli, debitamente compilati, devono essere aggiunti:

- la documentazione del viaggio presso il centro di cura (si veda sopra)
- gli originali dei giustificativi di spesa elencati nel secondo modulo (non saranno considerati validi giustificativi di spesa privi di valore fiscale)
- la fotocopia della carta di identità del richiedente
- la fotocopia dell'attestato del valore ISEE ordinario del nucleo familiare del paziente (relativo all'ultimo anno)

Si consiglia di fare una fotocopia di tutta la documentazione e conservarla, in particolare i giustificativi di spesa.
Si prega di inviare i moduli completi e il resto della documentazione tramite posta ordinaria a:
Avv. Giulia Tropea
Via Paolo Uccello 5/A
20148 Milano
NON inviare tramite raccomandata. Non verranno esaminate domande incomplete o provenienti da Regioni che provvedono la partecipazione totale o parziale a questi costi.
I rimborsi spese potranno essere effettuati solo tramite bonifico bancario, si prega quindi di verificare accuratamente l'IBAN comunicato, prestando particolare attenzione a distinguere 0 (zero) e O (lettera alfabetica).

Vi ringraziamo per la collaborazione, ci permetterete così di aiutare un maggior numero di pazienti in tempi più rapidi.

RIEPILOGO SPESE

DATA	DETTAGLIO SPESE	PAZIENTE/ ACCOMPAGNATORE	IMPORTO (€)
		TOTALE	