

REGIONE LAZIO
AZIENDA SANITARIA LOCALE
DISTRETTO
CITTA'.....

DOMANDA DI RIMBORSO SPESE
PER PAZIENTI IN TRATTAMENTO
DIALITICO D.G.R. 1614/2001
"Disposizioni normative per i soggetti
affetti da nefropatie in trattamento
dialitico".

RIMBORSO DELLE SPESE DI VIAGGIO

Il sottoscritto

Nato a il residente in
.....CAP..... via

Codice Fiscale

Genitore / legale rappresentante del Sig.

nato a il residente
in CAP..... via
..... Codice Fiscale

Chiede

Il rimborso delle spese sostenute per il viaggio dal domicilio (*specificare se diverso dalla
residenza*) di via città
..... CAP al centro clinico
..... città Via
..... dove è stato sottoposto a trattamento
dialitico nel mese di per un numero complessivo di sedute

Il sottoscritto dichiara:

- Che il viaggio è stato effettuato con il comune mezzo di trasporto pubblico.
- Che il viaggio è stato effettuato mediante vettura privata di proprietà di
..... targa tipo Per
Km X 2 viaggi giornalieri.
- Che il conducente delle vettura è stato familiare
del sottoscritto, che la distanza dalla propria abitazione al centro di cura è di circa 10 Km e
che il conducente è tornato all'abitazione per poi tornare a prendermi, effettuando quindi Km

..... X 4 viaggi giornalieri, considerato che la distanza dal domicilio al centro dialisi è superiore ai 10 chilometri previsti, in base al punto 1.1.2. considerata la possibilità di percorrere il viaggio in tempi brevi, richiede una deroga chilometrica.

- Che il viaggio è stato effettuato con Taxi, Cooperativa, Società, Associazione di volontariato.
- Che il viaggio è stato effettuato tramite autolettiga.

Si allega:

- Certificato del centro dialisi indicante i giorni di trattamento e le condizioni cliniche;
- Relative attestazioni di pagamento (fatture, ricevute ecc.).

Il sottoscritto attestanti, con la documentazione allegata, le particolari condizioni economiche chiede che i costi dimostrati per i mesi successivi vengano anticipati.

Il sottoscritto chiede che i contributi devono essere:

- inviati al domicilio tramite Assegno non trasferibile.

- versati sul Conto Corrente Bancario n. ABI CAB

Banca ag. città

intestato a da me delegato alla riscossione.

Data

Firma

.....

RISERVATO ALLA A.S.L.

Vista la regolarità delle dichiarazioni e della documentazione allegata, visto il costo attuale della benzina, dispone la liquidazione a titolo di concorso spese, come da prospetto sottostante:

1. Km complessivi X numero viaggi per tariffa Km

..... X cifra fissa per viaggio € 10,34 = €

2. Costo autolettiga come da ricevuta di pagamento €.....

Data

IL LIQUIDATORE

.....



da tagliare e restituire al mittente: Protocollo:

La richiesta del Sig. relativa la mese di è stata depositata presso questo ufficio in data con il numero di protocollo

IL FUNZIONARIO

.....

REGIONE LAZIO
AZIENDA SANITARIA LOCALE
DISTRETTO
CITTA'

**DOMANDA DI RIMBORSO SPESE
PER PAZIENTI IN TRATTAMENTO
DIALITICO D.G.R. 1614/2001**
"Disposizioni normative per i soggetti
affetti da nefropatie in trattamento
dialitico".

RICHIESTA DI VIAGGIO ORGANIZZATO DALLA ASL

Il sottoscritto

Nato a il residente in
.....CAP..... via

Codice Fiscale

Genitore / legale rappresentante del Sig.

nato a il residente
in CAP..... via
..... Codice Fiscale

Chiede

In considerazione delle condizioni fisiche e familiari che venga inserito nel programma di trasporto collettivo / individuale ⁽¹⁾ (*cancellare la voce che non interessa*) per recarsi ad effettuare la terapia dialitica con viaggio previsto dal proprio domicilio abituale al centro clinico

..... città Via
.....

(1) *si allega certificazione medica attestante la necessità di viaggio in autolettiga.*

Data

Firma

.....

RISERVATO ALLA A.S.L.

Vista la regolarità delle dichiarazioni e della documentazione allegata, si dispone che il Sig.
..... usufruisca del viaggio con il mezzo
.....

Data

IL FUNZIONARIO

.....



da tagliare e restituire al mittente: Protocollo:

La richiesta del Sig. relativa la mese di è
stata depositata presso questo ufficio in
data con il numero di protocollo

IL FUNZIONARIO

.....

REGIONE LAZIO
AZIENDA SANITARIA LOCALE
DISTRETTO
CITTA'

**DOMANDA DI RIMBORSO SPESE
PER PAZIENTI IN TRATTAMENTO
DIALITICO D.G.R. 1614/2001**
"Disposizioni normative per i soggetti
affetti da nefropatie in trattamento
dialitico".

RIMBORSO PER IL TRATTAMENTO DIALITICO DOMICILIARE

Il sottoscritto

Nato a il residente in
..... CAP..... via

Codice Fiscale

Genitore / legale rappresentante del Sig.

nato a il residente
in CAP..... via
..... Codice Fiscale

Chiede

- il rimborso delle spese per l'intero costo per l'installazione del preparatore per l'emodialisi, gli impianti elettrico e idrico nonché le relative opere murarie così come concordate con il responsabile dell'Unità Operativa di Nefrologia e dialisi che effettua la terapia;
- Per il trattamento emodialitico domiciliare un contributo spese di € 774,68 annuo, rivalutabile in base al tasso di inflazione programmato.
- Per la dialisi peritoneale domiciliare un contributo spese di € 387,34 annuo rivalutabile in base al tasso di inflazione programmato.
- Per la dialisi peritoneale continua automatizzata un contributo spese di € 516,45 annuo rivalutabile in base al tasso di inflazione programmato.

Il sottoscritto è in cura presso il centro clinico città
..... Via dove è
stato sottoposto a trattamento dialitico per l'anno

Si allega:

- Certificato del centro dialisi indicante il trattamento e le condizioni cliniche
- Relative attestazioni di pagamento per l'impianto (fatture, ricevute ecc.).

Il sottoscritto attestanti, con la documentazione allegata, le particolari condizioni economiche chiede che i costi dimostrati per gli anni successivi vengano anticipati.

Il sottoscritto chiede che i contributi devono essere:

- inviati al domicilio tramite Assegno non trasferibile.

- versati sul Conto Corrente Bancario n. ABI CAB

Banca ag. città

intestato a da me delegato alla riscossione.

Data

Firma

.....

RISERVATO ALLA A.S.L.

Vista la regolarità delle dichiarazioni e della documentazione allegata, dispone la liquidazione a titolo di concorso spese, come da prospetto sottostante:

1. tecnica dialitica domiciliare utilizzata €
2. Costo impianto come da ricevute di pagamento €.....

Data

IL LIQUIDATORE

.....



da tagliare e restituire al mittente: Protocollo:

La richiesta del Sig. relativa all'anno è stata depositata presso questo ufficio in data con il numero di protocollo

IL FUNZIONARIO

.....

REGIONE LAZIO
AZIENDA SANITARIA LOCALE
DISTRETTO
CITTA'

DOMANDA DI RIMBORSO SPESE
PER PAZIENTI IN TRATTAMENTO
DIALITICO D.G.R. 1614/2001
"Disposizioni normative per i soggetti
affetti da nefropatie in trattamento
dialitico".

RIMBORSO PER SEDUTE DI EMODIALISI EFFETTUATE FUORI REGIONE

Il sottoscritto

Nato a il residente in
..... CAP..... via

Codice Fiscale

Genitore / legale rappresentante del Sig.

nato a il residente
in CAP..... via
..... Codice Fiscale

Chiede

Il rimborso delle spese pari al costo della stessa seduta di dialisi effettuata nella Regione Lazio per aver effettuato n. prestazioni di dialisi (*specificare il tipo di dialisi*)
..... presso:

- il centro clinico città
.....CAP Via regione o stato
estero
- il centro clinico Situato sulla
motonavebattente bandiera

Si allega:

- Certificato del centro dialisi indicante i giorni di trattamento
- Relative attestazioni di pagamento delle prestazioni di dialisi (fatture, ricevute ecc.).

Il sottoscritto chiede che i contributi devono essere:

- inviati al domicilio tramite assegno non trasferibile.

- versati sul Conto Corrente Bancario n. ABI CAB
Banca ag. città
intestato a da me delegato alla riscossione.

Data

Firma

.....

RISERVATO ALLA A.S.L.

Vista la regolarità delle dichiarazioni e della documentazione allegata, dispone la liquidazione a titolo di concorso spese, come da prospetto sottostante:

1. tipo di dialisi effettuata costo nell'ambito regionale €
..... numero prestazioni = €

Data

IL LIQUIDATORE

.....

✂ -----

da tagliare e restituire al mittente: Protocollo:

La richiesta del Sig. relativa al periodo è
stata depositata presso questo ufficio in
data con il numero di protocollo

IL FUNZIONARIO

.....