

N. protocollo	Data compilazione
	Arrivo sede regionale
Regione	Arrivo sede nazionale

Numero matricola socio

Numero mat. Rappresentante

RICHIESTA SUSSIDI

(compilare in stampatello)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il

(Cognome e nome)

iscritto/a dal _____ (Professione) _____ (Azienda)

Indirizzo _____ n. _____
 (Via/piazza)

CAP _____ Comune _____ Prov. _____

Tel. abit. _____ Tel. ufficio _____ E-mail _____

PRESTAZIONE DI APPARTENENZA
 SALUTE COOP DI PIÙ **SALUTE COOP BASE** **SALUTE COOP DI PIÙ EXTRA**

In qualità di socio chiede che gli venga corrisposto il sussidio di:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> RICOVERO CLINICO OSPEDALIERO | <input type="checkbox"/> VISITE SPECIALISTICHE, ESAMI DIAGNOSTICI STRUM. ED ESAMI DI LABORATORIO |
| <input type="checkbox"/> RICOVERO DIURNO/DAY SURGERY | <input type="checkbox"/> TRASPORTO INFERMI |
| <input type="checkbox"/> RICOVERO IN STRUTTURE SANITARIE RIABILITATIVE | <input type="checkbox"/> CICLI DI TERAPIE |
| <input type="checkbox"/> CURE ONCOLOGICHE O DELLA TALASSEMIA | <input type="checkbox"/> TELEASSISTENZA |
| <input type="checkbox"/> GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI E ACCOMPAGNATORE | <input type="checkbox"/> LENTI PER OCCHIALI E/O LENTI A CONTATTO |
| <input type="checkbox"/> ASSIST. DOMICIL. PER MALATI TERMINALI NEOPLASTICI | <input type="checkbox"/> PROTESI O PRESIDII SANITARI |
| <input type="checkbox"/> ASSISTENZA DOMICILIARE SANITARIA | <input type="checkbox"/> ASSISTENZA PEDIATRICA |
| <input type="checkbox"/> ALTA DIAGNOSTICA STRUMENTALE O ALTA SPECIALIZZAZIONE | |

Chiede che il pagamento avvenga tramite accredito sul proprio c/c bancario assegno di trattenuta a domicilio

Per l'accredito bancario Utilizzare dati del RID attivo Banca _____

Indirizzo _____

Nominativi degli intestatari del c/c _____

Codice IBAN

	CIN	A.B.I.	C.A.B.	CONTO
I I T				

Compilare unicamente in caso di richiesta di sussidio per familiare avente diritto

Cognome e nome del familiare _____

data di nascita _____ Grado di parentela col socio Coniuge Figlio/a Convivente more-uxorio

Vedere nel retro i documenti da allegare - Compilare la parte interessata nelle pagine 2 e 3

Ricovero clinico ospedaliero

			Km	Int	Inf	Par	
dal _____	al _____	giorni _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Barrare la casella corrispondente Legenda Km=Località oltre i 150 Km/estero Int=Intervento chirurgico Inf=Infortunio Par=Parto
dal _____	al _____	giorni _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
dal _____	al _____	giorni _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
dal _____	al _____	giorni _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
dal _____	al _____	giorni _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ospedale _____ località _____			totale giorni _____				
Reparto _____		Patologia _____					

Ricovero diurno - Day Surgery - Dialisi - Cure oncologiche - Cure talassemia

Ospedale _____ n. giorni _____

Reparto _____ Patologia _____

Periodo anno _____ mese _____ giorni _____

anno _____ mese _____ giorni _____

anno _____ mese _____ giorni _____

anno _____ mese _____ giorni _____

Ricovero in strutture sanitarie riabilitative

Ospedale _____ località _____ n. giorni _____

Periodo dal _____ al _____

Grandi interventi chirurgici e accompagnatore

Barrare se il ricovero è stato effettuato all'estero

Ospedale _____ luogo di ricovero _____

patologia _____ data intervento _____

fatture allegate n. _____ importo totale _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

Tipo di ricovero

Pubblico o convenzionato Privato

Attività libero professionale in struttura pubblica o accreditata

Cartella clinica

Nel caso in cui fosse obbligatorio presentare la cartella clinica, allegando la ricevuta fiscale, ne verrà rimborsato il costo

Euro _____

Assistenza domiciliare sanitaria per malati terminali neoplastici

Data del decesso _____ Documentazione di spesa totale Euro _____

Assistenza domiciliare sanitaria

Periodo dal _____ al _____ Numero ore _____

Assistenza effettuata da _____

Alta diagnostica strumentale o alta specializzazione

Totale fatture allegate numero _____ Euro _____

Visite specialistiche, Esami diagnostici strumentali e di laboratorio

Totale ticket allegati numero _____ Euro _____

Totale fatture allegate numero _____ Euro _____

Trasporto infermi

Totale fatture allegate numero _____ Euro _____

Cicli di terapie

Totale fatture allegate numero _____ Euro _____

Lenti per occhiali e/o lenti a contatto

Totale fatture allegate numero _____ Euro _____

Protesi o presidi sanitari

Totale fatture allegate numero _____ Euro _____

Assistenza pediatrica

Totale scontrini/fatture allegate numero _____ Euro _____

Luogo e data_____
Firma del socio_____
Firma (per la Società)

DOCUMENTI DA ALLEGARE PER OGNI RICHIESTA DI CONTRIBUTO PER SUSSIDI

Tipo prestazioni	Documenti	Coniuge	Convivente more uxorio	Figli
Clinico ospedaliero	1-2-3-4-5	51	52	51-53-54
Ricovero diurno - Day surgery	1-6	51	52	51-53-54
Ricovero in strutture sanitarie riabilitative	1-7	51	52	51-53-54
Cure oncologiche, cure talassemia	1-8	51	52	51-53-54
Grandi interventi chirurgici e accompagnatore	1-3-5-9-10	51	52	51-53-54
Assistenza domiciliare sanit. per malati terminali	1-11-12	51	52	51-53-54
Assistenza domiciliare	1-9	51	52	51-53-54
Alta diagnostica o alta specializzazione	1-9-10-13	51	52	51-53-54
Visite specialistiche, esami diagnostici strumentali e di laboratorio	1-9-10	51	52	51-53-54
Cicli di terapie	1-9-10	51	52	51-53-54
Trasporto infermi	1-9	51	52	51-53-54
Teleassistenza	1-30-31-32	51	52	51-53-54
Lenti per occhiali e/o lenti a contatto	1-2-4	51	52	51-53-54
Protesi o presidi sanitari	1-2-4	51	52	51-53-54
Assistenza pediatrica	1-14	51	52	51-53-54

DOCUMENTI

- Fotocopia della busta paga o del c/c postale, riferita al periodo precedente la richiesta di sussidio. Per coloro che pagano i contributi associativi mediante rimessa interbancaria diretta (R.I.D.) non necessita allegare alcun documento
- Certificato di dimissione in originale dell'Unità operativa (reparto) dell'Ospedale dal quale risulti la data di ingresso, quella di dimissione e la diagnosi
- Cartella clinica (completa di anamnesi) o relazione clinica per poter usufruire della maggiorazione del sussidio per intervento chirurgico, parto o infortunio
- Per i soci con meno di tre anni di iscrizione alla Società o di adesione alla Partner è obbligatoria la cartella clinica (completa di anamnesi).
- Certificato di residenza, nel caso il ricovero sia avvenuto in località oltre i 150 km dalla residenza o all'estero ★.
- Cartella clinica in cui sono indicati i giorni di effettivo ricovero specificatamente documentati, la diagnosi e il tipo di intervento effettuato, con l'annotazione che il ricovero è avvenuto in regime di ricovero diurno o Day Surgery.
- Cartella clinica dalla quale risulti la data di ingresso, quella di dimissione, il tipo di diagnosi (per patologie cardiache, respiratorie o neurologiche) e le terapie praticate.
- Certificato dell'Ospedale in cui sono indicate la data di inizio e quella di termine di ogni singolo periodo con indicate tutte le date del trattamento ed il tipo di terapia praticata.
- Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale") contenente:
 - Indicazioni dell'assistito (Socio o familiare avente diritto).
 - Indicazioni dell'emittente (nome, cognome, residenza o domicilio, numero di partita Iva) con qualificazione professionale e specialistica.
 - Data di emissione.
 - Numero e descrizione dettagliata delle prestazioni.
 - Data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per le prestazioni di carattere continuativo.
 - Indicazioni di quietanzamento.
- Ricevuta del ticket del Servizio sanitario nazionale qualora sulla ricevuta non sia specificata la prestazione effettuata è obbligatorio allegare la prescrizione medica.
- Documentazione analitica in originale delle spese sostenute negli ultimi 6 mesi di vita del malato.
- Certificato medico attestante la malattia neoplastica terminale.
- Prescrizione del proprio medico curante.
- Documentazione analitica in originale delle spese (scontrino o fattura) rilasciata da Coop o Ipercoop Liguria contenente il dettaglio delle spese sostenute.
- Dichiarazione medica attestante lo stato di necessità di teleassistenza.
- Documento comprovante il versamento della cauzione.
- Richiesta di attivazione del servizio (moduli specifici).
- Certificato di stato di famiglia certificante il grado di parentela con il socio ★.
- Certificato di convivenza sotto lo stesso tetto del socio in caso di convivenza more uxorio ★.
- Per i figli, i fratelli, le sorelle, i nipoti di età superiore ai 18 anni e fino al compimento dei 25 anni di età:
 - dichiarazione sostitutiva di atto notorio, comprovante la mancanza di reddito personale superiore al limite massimo previsto dalle vigenti norme fiscali per essere considerati a carico ★.
- Per i figli, i fratelli, le sorelle, i nipoti di età superiore ai 25 anni, se permanentemente inabili al lavoro:
 - dichiarazione sostitutiva di atto notorio, comprovante la mancanza di reddito personale superiore al limite massimo previsto dalle vigenti norme fiscali per essere considerati a carico ★;
 - dichiarazione in originale rilasciata dagli Enti preposti a questo riconoscimento attestante l'inabilità permanente al lavoro.

NORME GENERALI**AVVERTENZE**

Tutti i documenti devono essere in originale o fotocopie autenticate dalle Sedi regionali della Società.

Per evitare furti o smarrimenti i sussidi verranno pagati con l'accredito sul proprio c/c bancario o, in mancanza di questo, con assegni di traenza a domicilio del socio.

Tutte le notizie richieste e necessarie per la liquidazione del sussidio vanno compilate con calligrafia chiara e leggibile, possibilmente in stampatello.

Moduli incompleti o illeggibili ritarderanno inevitabilmente la procedura della liquidazione della pratica.

DICHIARAZIONE DI NOTORIETÀ

Tutti i documenti segnati con ★ possono essere sostituiti con il modulo per la **dichiarazione di notorietà da autenticare presso le nostre sedi Regionali**.

TERMINI DI PRESENTAZIONE

I sussidi vengono erogati solo su richiesta del socio o del familiare erede direttamente interessato, da trasmettere alla Società entro 365 giorni dalla fine dell'evento che dà titolo al sussidio; dopo tale termine, il diritto al sussidio si estingue. (cfr. art. 4.4 del Regolamento)

DOCUMENTAZIONE

La Società può richiedere al socio o direttamente agli enti competenti tutta la documentazione che riterrà opportuna, a conferma della validità del sussidio richiesto. La documentazione deve essere presentata o eventualmente integrata entro 180 giorni dalla presentazione della domanda di sussidio, pena la decadenza dal diritto di sussidio. (cfr. art. 4.5 del Regolamento)