

**Edizione 2012- Condizioni economiche per l'erogazione gratuita o semi-gratuita del Telesoccorso-Telecontrollo Regionale**

**PER UTENTI SINGOLI :**

**A**

**servizio GRATUITO**

Il servizio è gratuito per i soggetti il cui reddito lordo annuo, al netto delle spese di affitto, riscaldamento e condominiali, non supera l'importo di €: **12.493,80**

**B**

**servizio SEMIGRATUITO: contributo di € 17,00 al mese**

Il servizio è semi-gratuito per i soggetti il cui reddito lordo annuo, al netto delle spese di affitto, riscaldamento e condominiali, non supera l'importo di €: **18.740,70**

**PER NUCLEI FAMILIARI :**

**C**

**servizio GRATUITO**

Il servizio è gratuito per i nuclei familiari (come risulta dallo stato di famiglia), il cui reddito medio rientra nei limiti sotto indicati.

Il reddito medio del nucleo si determina sommando i redditi di tutti i componenti, diviso per il numero degli stessi.

Tale reddito medio unitario ottenuto non deve superare, al netto delle spese di affitto, riscaldamento e condominiali l'importo di €: **12.493,80**

**D**

**servizio SEMIGRATUITO: contributo di € 17,00 al mese**

Il servizio è semi-gratuito per i nuclei familiari (come risulta dallo stato di famiglia), il cui reddito medio rientra nei limiti sotto indicati.

Il reddito medio del nucleo si determina sommando i redditi di tutti i componenti, diviso per il numero degli stessi.

Tale reddito medio unitario ottenuto non deve superare, al netto delle spese di affitto, riscaldamento e condominiali l'importo di €: **18.740,70**

**MODALITA' DI PAGAMENTO DEL SERVIZIO SEMI-GRATUITO:**

L'importo mensile di €17,00 si versa con frequenza trimestrale e posticipata (totale: € 51,00) a partire dal mese successivo all'installazione del Telesoccorso (es. installazione 03/01/2012; pagamento il 30/04/2012 per i mesi di : febbraio - marzo - aprile 2012)

Si può scegliere tra una delle seguenti modalità:

1) sul **C/C postale N. 85770709 intestato a Regione autonoma Friuli Venezia Giulia Servizio di tesoreria**

2) sul **C/C bancario** codice IBAN:

I	T	5	9	0	0	2	0	0	8	0	2	2	4	1	0	0	0	0	3	1	5	2	6	9	9
Paese	Codice Controllo	CIN	ABI				CAB				N. Conto Corrente														

intestato a **Unicredit di Trieste - Tesoreria della Regione Friuli Venezia Giulia.**

Indicare sempre la **causale: "Versamento sul Capitolo 1644 per il servizio Regionale di Telesoccorso - Telecontrollo, per i mesi di : .....-.....-.....)"**

**Note:**

- Per "reddito lordo" si intende il reddito al lordo delle imposte di stato.
- L'indennità di accompagnamento va conteggiata ai fini del reddito.
- I limiti di reddito qui indicati si riferiscono al **2012** e sono strettamente correlati all'importo della **pensione minima erogata dall'INPS 2012 pari a € 480,53 lordi mensili.**
- comunicare al Distretto, mediante nuova compilazione del modulo di domanda, eventuali variazioni nel reddito intervenute successivamente, che abbiano effetto sull'erogazione gratuita o semi-gratuita.

**DOMANDA DI PRENOTAZIONE SERVIZIO DI TELESOCORSO - TELECONTROLLO  
REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA (L.R. 26/1996) Edizione 2012**

Compilare in ogni parte e presentare al proprio Distretto Sanitario  
o spedire al gestore: Tesan-Televita S.r.l. - P.zza S. Giovanni n. 6 - 34122 Trieste  
numero verde per informazioni: **800/846079**

Al Distretto Sanitario di : \_\_\_\_\_ Azienda Sanitaria: \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. ( \_\_\_\_\_ )

Indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ telefono: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**C H I E D E**

di poter usufruire del servizio di:

**Telesoccorso - Telecontrollo**

**Custodia Chiavi con Pronto Intervento** (solo nei capoluoghi di provincia e comuni limitrofi)

**D I C H I A R A**

la presenza dei seguenti **requisiti** (barrare quelli esistenti):

di vivere solo/a

di vivere in coppia ( con il coniuge;  con altri: \_\_\_\_\_)

di non godere della presenza costante di persone in grado di intervenire prontamente a fronte di emergenze insorgenti

di essere stato dimesso/a negli ultimi 6 mesi da una struttura ospedaliera (indicare quale \_\_\_\_\_)

di essere in lista di attesa per il ricovero in casa di riposo

di trovarsi nelle condizioni economiche per l'erogazione **gratuita o semi-gratuita** come da indicazioni sul retro del presente modulo di domanda (barrare la casella corrispondente):

**A**

**B**

**C**

**D**

di essere stato informato ai sensi dell'Art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003 (Privacy) relativamente al trattamento dei dati personali e sensibili

di accettare che i suoi dati vengano trattati e trasferiti all'interno del sistema sociosanitario regionale

**S I I M P E G N A**

a comunicare al Distretto, mediante ripresentazione del presente modulo, eventuali variazioni nel reddito che abbiano effetto sull'erogazione gratuita o semi-gratuita.

data : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

**PARTE RISERVATA AL DISTRETTO SANITARIO**

Il Distretto Sanitario che accoglie la domanda è tenuto a **verificare la sussistenza dei seguenti requisiti** in carico al richiedente (barrare quelli esistenti):

la situazione di rischio sanitario

lo stato di parziale non autosufficienza

il bisogno di assistenza post-ospedaliera

la condizione di disagio e/o isolamento sociale

data : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_