

**AUTOCERTIFICAZIONE DI ESENZIONE
DALLA PARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA PER MOTIVI DI REDDITO**

(D.P.R. 445/2000, art. 46 e 47)

Allegare fotocopia della Tessera Sanitaria europea del richiedente e/o dei richiedenti



Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a: _____ il: _____

Residente: _____ via: _____ tel.: _____

C.F.: _____

Ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR n° 445/2000 in qualità di:

- interessato;
- genitore esercente la potestà;
- coniuge, figlio o altro parente fino al III° grado;
- tutore dell'interessato;
- interessato con assistenza del curatore;
- amministratore di sostegno dell'interessato


A conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di false dichiarazioni, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 del citato D.P.R. e sotto la propria responsabilità:

DICHIARA CHE IL:

(da compilare solo se l'avente diritto all'esenzione è persona diversa dal dichiarante)

- o coniuge: _____ C.F. _____
- o figlio/a : _____ C.F. _____
- o figlio/a : _____ C.F. _____
- o figlio/a : _____ C.F. _____
- o figlio/a : _____ C.F. _____

ai fini dell'esenzione dal ticket sanitario si trova nelle condizioni di cui al/ai sottostante/i codice/i
(barrare con una crocetta)

<input type="checkbox"/> E01	Soggetti con meno di 6 anni o più di 65 anni e con reddito familiare inferiore a 36.151,98 euro (ex art. 8, comma 16 della Legge 537/1993 e succ. modifiche e integrazioni);
<input type="checkbox"/> E02	Disoccupati (*) – e loro familiari a carico – con reddito familiare inferiore a 8.263,31 euro incrementato a 11.362,05 euro in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516,00 euro per ogni figlio a carico (ex art. 8 comma 16 della Legge 537/1993 e succ. modifiche e integrazioni);  Da compilare il modulo specifico
<input type="checkbox"/> E03	Titolari di assegno (ex pensione) sociale – e loro familiari a carico - (art. 8 comma 16 della Legge 537/1993 e succ. modifiche e integrazioni);
<input type="checkbox"/> E04	Titolari di pensione al minimo, con più di 60 anni – e loro familiari a carico – con reddito familiare inferiore a 8.263,31euro incrementato a 11.362,05 euro in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516,00 euro per ogni figlio a carico (ex art. 8 comma 16 della Legge 537/1993 e succ. modifiche e integrazioni);

<input type="checkbox"/> E10	Soggetto appartenente ad un nucleo familiare con reddito complessivo non superiore a 15.000,00 euro (DCA Regione Campania n° 141 del 31/10/2014).
<input type="checkbox"/> E11	Soggetti appartenente a nucleo familiare composto da <u>tre persone</u> con reddito complessivo non superiore a 18.000,00 euro (DCA Regione Campania n° 141 del 31/10/2014).
<input type="checkbox"/> E12	Soggetti appartenente a nucleo familiare composto da <u>quattro o cinque persone</u> con reddito complessivo non superiore a 22.000,00 euro (DCA Regione Campania n° 141 del 31/10/2014).
<input type="checkbox"/> E13	Soggetti appartenente a nucleo familiare composto da <u>oltre cinque persone</u> con reddito complessivo non superiore a 24.000,00 euro (DCA Regione Campania n° 141 del 31/10/2014).
<input type="checkbox"/> E14	Soggetto affetto da patologie croniche-invalidanti o patologie rare (cod. _____) appartenente ad un nucleo familiare con reddito complessivo tra 36.151,98 ed 50.000,00 euro (DCA Regione Campania n° 32 del 30/03/2015, 34 del 13/04/2015)
<input type="checkbox"/> E18	Cittadino trapiantato d'organo appartenente ad un nucleo familiare con reddito familiare non superiore a 50.000,00 euro limitatamente ai farmaci correlati strettamente alle proprie patologie (DCA Regione Campania n° 141 del 31/10/2014).
<input type="checkbox"/> E00	Soggetto con più di 6 anni e meno di 65 anni, appartenenti a nucleo familiare con reddito complessivo non superiore a 36.151,98 euro e non in possesso di uno dei seguenti codici di esenzione: E02, E03, E04, E10, E11, E12, E13, X01 (Decreto 141/2014, lettera h).
<input type="checkbox"/> E00	Soggetto affetto da patologie croniche e invalidanti esenti ai sensi del D.M. 28/05/1999 n° 329 e s.m.i. appartenente a un nucleo familiare con reddito complessivo non superiore a 36.151,98 euro limitatamente ai farmaci correlati strettamente alle proprie patologie (cod. _____), di età compresa tra 6-65 anni (nota Sub Commissario ad Acta regione Campania n° 3481 del 26/06/2013; DCA Regione Campania n° 141 del 31/10/2014).
<input type="checkbox"/> E00	Soggetto affetto da patologie rare esenti ai sensi del D.M. 18/05/2001 n° 279 appartenente a un nucleo familiare con reddito complessivo non superiore a 36.151,98 euro limitatamente ai farmaci correlati strettamente alle proprie patologie (cod. _____), di età compresa tra 6-65 anni (nota Sub Commissario ad ACTA regione Campania n° 3481 del 26/06/2013; DCA Regione Campania n° 141 del 31/10/2014).
<input type="checkbox"/> E07	Cittadino extracomunitario iscritto al SSN, con permesso di soggiorno per richiesta di asilo politico o umanitario (DCA Regione Campania n° 141 del 31/10/2014).
<input type="checkbox"/> X01	Prestazioni ambulatoriali urgenti o comunque essenziali ai cittadini extracomunitari non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno, privi di risorse economiche sufficienti (art. 35, c. 3, D.lgs. 25 luglio 1998, n. 286; art. 43, comma 4, DPR 31 agosto 1999, n. 394).

Con la firma del presente modulo **autorizzo** l'Azienda Sanitaria Locale Benevento a trattare i miei dati personali, anche di natura sensibile, per finalità di tutela della salute, con riferimento alle prestazioni di natura sanitaria da me richieste. Dichiaro inoltre di aver ricevuto e compreso l'informativa fornitami ai sensi degli artt. 13 e 79 del D. Lgs. 196/03 - Codice in materia di protezione dei dati personali.

Data _____ Firma del dichiarante _____
(allegare copia documento di identità)

Se la dichiarazione viene resa in una struttura pubblica basta indicare gli estremi del documento:		
Tipo di documento: _____	n° _____	
rilasciato da: _____	il: _____	scadenza: _____
Firma dell'addetto alla ricezione delle autocertificazioni _____		

A V V E R T E N Z E

1. L'autocertificazione dovrà indicare il reddito complessivo fiscale relativo all'anno precedente la dichiarazione resa del proprio nucleo familiare. Al fine di una corretta compilazione dell'autocertificazione si riportano le seguenti definizioni:
 - Per "nucleo familiare" deve intendersi quello rilevante ai fini fiscali (e non anagrafici), costituito dall'interessato, dal coniuge non legalmente separato e da altri familiari a carico;
 - Per "familiare a carico" si intendono i familiari non fiscalmente indipendenti, vale a dire i familiari per quali l'interessato gode di detrazione fiscale (in quanto titolari di un reddito inferiore a 2.840,51 euro);
 - Il reddito complessivo del nucleo familiare è pari alla somma dei redditi dei singoli membri del nucleo.
2. S'intende per disoccupato l'individuo che ha perso una attività di lavoro dipendente e non colui che è in cerca di prima occupazione. I titolari di rapporto di lavoro dipendente non possono essere considerati disoccupati, ai fini dell'esenzione dal ticket, anche se l'impegno orario è inferiore alle venti ore settimanali (come prevede una nota del Ministero della Salute nota Ministero Salute, Dipartimento per l'Ordinamento Sanitario del 14 Maggio 2003 prot. 100/SCPS/Que/4,6403).
3. L'autocertificazione va resa esclusivamente dal soggetto interessato.
4. Qualsiasi variazione del proprio status va comunicato tempestivamente.
5. I titolari dei codici di esenzione E01, E03, E04, E10, E11, E12, E13, E14, E00: non devono recarsi agli sportelli ASL e non devono presentare alcuna documentazione né domanda. Tali Utenti, a partire dal 01.04.2017, potranno verificare dal proprio MMG e/o PLS la loro posizione di esenzione; solo se il loro nominativo non dovesse essere presente nella lista degli esenti, potranno produrre autocertificazione e richiedere il certificato provvisorio di esenzione.

DELEGA

Per la consegna del modulo di autocertificazione
per l'esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria per motivi di reddito
(*compilare un modulo per ogni componente del nucleo familiare avente diritto*)

Io sottoscritto/a _____

nato/a a: _____ il: _____

residente a: _____ in Via _____

DELEGO

il/la sig./a: _____

residente a: _____ in via: _____

alla consegna del Modulo di autocertificazione da me sottoscritto. Il delegato deve esibire allo Sportello un proprio documento di riconoscimento e una fotocopia del documento di identità del delegante.

Data, _____

Firma del delegante _____

Firma del delegato _____