

CODICE ESENZIONE
E30



Codice Fiscale Assistito

Regione Lombardia

AUTOCERTIFICAZIONE DEL DIRITTO ALL'ESENZIONE DAL PAGAMENTO DEL TICKET PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA FARMACEUTICA ESENZIONE CON VALIDITA' SUL TERRITORIO REGIONALE

(Applicazione Leggi Finanziarie 1995 / 1996 e successive modifiche e integrazioni, D.M. 11 Dicembre 2009, DGR n. 18475 del 30.07.2004)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI E DI ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 46 e 47, D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445)

Il/la sottoscritto/a

nato/a a prov. (.....) il/...../.....

residente in prov. (.....) cap via n°

☐ in qualità di diretto interessato

☐ in qualità di tutore / amministratore di sostegno di

nato/a a prov. (.....) il/...../.....

residente in prov. (.....) cap via n°

DICHIARA

di essere soggetto:

- esente per patologia o condizione individuata dai Decreti del Min. della Sanità 329/1999 e 296/2001,
- ed appartenente a nucleo familiare con reddito complessivo riferito all'anno precedente, non superiore a 46.600 euro, incrementato in funzione della composizione del nucleo familiare secondo i parametri desunti dalla scala di equivalenza della tabella 2 al D.Lgs. n.109/98 e successive modifiche e indicato nella tabella esplicativa di seguito riportata;

La/Il sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza che, in caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445, nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del citato D.P.R. n° 445/2000.

IL DICHIARANTE

(luogo e data)

.....

Allegato: copia fotostatica di un documento d'identità del dichiarante, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445

Informativa relativa al trattamento dei dati personali (ai sensi dell'art. 13 D.Lgs 30 giugno 2003, n.196)

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, i dati personali da Lei forniti saranno trattati da questo Ente nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e nel rispetto delle vigenti disposizioni di legge.

In particolare La informiamo che:

- i dati forniti con la presente modulistica sono necessari all'evasione della pratica afferente l'istanza di esenzione dal pagamento del ticket per motivi di reddito e il trattamento degli stessi è diretto esclusivamente all'istruttoria dell'istanza per l'ottenimento del beneficio;
- i dati inerenti le esenzioni per reddito saranno messi a disposizione dei medici prescrittori affinché possano disporre di tale informazione ai fini della corretta compilazione della prescrizione e saranno messi a disposizione degli operatori di questo Ente per effettuare le opportune verifiche con l'Agenzia delle Entrate;
- i trattamenti effettuati sui dati forniti riguardano la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la conservazione, la consultazione, l'elaborazione, l'utilizzo e la comunicazione verso l'Agenzia delle Entrate per le opportune verifiche rispetto alle dichiarazioni fiscali fornite;
- il trattamento dei dati può essere effettuato sia in forma cartacea che informatica;
- in qualità di Interessato Lei gode dei diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs.196/2003 e in particolare ha il diritto di accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l'integrazione e, qualora ricorrano i presupposti previsti dalla vigente normativa, la cancellazione ed il blocco degli stessi;
- il Titolare del trattamento dei dati è il Presidente *pro tempore* della Giunta Regionale della Lombardia;
- il Responsabile del trattamento, designato dal Titolare, è Lombardia Informatica S.p.A.

La dichiarazione è resa dall'interessato ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e può essere resa dai seguenti soggetti ai sensi degli artt. 4 e 5 dello stesso D.P.R.:

- tutore se l'interessato è soggetto a tutela;
- amministratore di sostegno se l'interessato ne è soggetto;

Soggetti beneficiari

Possono beneficiare dell'esenzione per le prestazioni di farmaceutica i cittadini appartenenti alle condizioni dichiarate.

Istruzioni per la compilazione

1. Ai fini dell'individuazione del soggetto dichiarante dovrà essere compilato, in ogni sua parte, il riquadro relativo ai dati anagrafici e di residenza del dichiarante medesimo.
2. Compilare i campi relativi alla data e luogo nonché provvedere alla sottoscrizione della dichiarazione. Ai fini della autentica della sottoscrizione il dichiarante dovrà allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità. **Si evidenzia che le dichiarazioni prive di sottoscrizione o della copia del documento di identità del dichiarante non potranno essere accettate dai competenti uffici.**
3. Per avere diritto all'esenzione in questione **il totale del reddito familiare annuo deve essere inferiore o uguale al limite massimo di reddito relativo alla propria tipologia di famiglia.** Per individuare quale è il **limite massimo di reddito** corrispondente alla propria tipologia di famiglia, il richiedente deve **individuare, nella tabella sottostante, la casella** corrispondente al proprio caso. In altre parole il richiedente deve incrociare la riga corrispondente al numero dei componenti della propria famiglia (1. se un solo componente, 2 se famiglia con due componenti ecc.) con la colonna che individua la tipologia della propria famiglia.

TABELLA LIMITI MASSIMI DI REDDITO IN EURO

NUMERO COMPO- NENTI FAMIGLIA	TIPOLOGIA DI FAMIGLIA						
	famiglia generica non rientra in nessuna delle altre tipologie)	famiglia con figlio minore e genitori lavoratori	famiglia con figlio minore e un solo genitore	famiglia con una persona con handicap grave o invalidità superiore al 66%	famiglia con una persona con handicap grave o invalidità superiore al 66% + presenza di figlio minore e genitori lavoratori	famiglia con una persona con handicap grave o invalidità superiore al 66% + presenza di figlio minore e di un solo genitore	famiglia con 2 persone con handicap grave o invalidità superiore al 66%
1	46.600,00			69.900,00			
2	73.162,00		82.482,00	96.462,00		105.782,00	119.762,00
3	95.064,00	104.384,00	104.384,00	118.364,00	127.684,00	127.684,00	141.664,00
4	114.636,00	123.956,00	123.956,00	137.936,00	147.256,00	147.256,00	161.236,00
5	132.810,00	142.130,00	142.130,00	156.110,00	165.430,00	165.430,00	179.410,00
6	149.120,00	158.440,00	158.440,00	172.420,00	181.740,00	181.740,00	195.720,00
7	165.430,00	174.750,00	174.750,00	188.730,00	198.050,00	198.050,00	212.030,00
8	181.740,00	191.060,00	191.060,00	205.040,00	214.360,00	214.360,00	228.340,00

Ad esempio una famiglia composta da una sola persona con handicap grave o invalidità superiore al 66% (l'unico componente della famiglia è invalido), per avere diritto all'esenzione in questione deve possedere un totale reddito familiare annuo inferiore o uguale a quello indicato nella corrispondente casella, ovvero a 69.600,00 euro.

La tabella sopra esposta copre molte situazioni familiari ma non è possibile stamparne una completamente esaustiva.

Se il richiedente appartiene ad una **famiglia con più di 8 componenti** e verifica che il totale del reddito familiare annuo è inferiore o uguale a quello individuato nella tabella per la famiglia con 8 componenti nella colonna relativa alla propria tipologia di famiglia, potrà evitare di effettuare ulteriori verifiche: il richiedente, in questo caso ha diritto all'esenzione, in quanto il limite di reddito aumenta all'aumentare del numero dei componenti.

ATTENZIONE: CONTROLLI SULLA VERIDICITÀ DELLE DICHIARAZIONI

L'ASL, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000 e del DM 11 Dicembre 2009, è tenuta a controllare il contenuto di tutte le dichiarazioni sostitutive di certificazioni e degli atti di notorietà (pertanto anche le dichiarazioni in merito alle condizioni reddituali), verificando la veridicità dei dati e delle situazioni dichiarate dagli interessati. Si ricorda che nel sottoscrivere l'autocertificazione il cittadino dichiara di essere a conoscenza che, in caso di falsità in atti e di

dichiarazioni mendaci, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445, nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del citato D.P.R. n° 445/2000.

VALIDITÀ: il certificato ha validità fino all'eventuale variazione dello stato di diritto. che il cittadino è tenuto ugualmente ad autocertificare.

IL DICHIARANTE È TENUTO A DARE IMMEDIATA COMUNICAZIONE DEL VENIR MENO DELLE CONDIZIONI PER BENEFICIARE DELL'ESENZIONE.

Annullamento del certificato:

Qualora, nei primi mesi dell'anno, il dichiarante non sia in possesso delle informazioni inerenti i suoi redditi, utili ai fini della compilazione dell'autocertificazione, potrà compilare l'autocertificazione sulla base di un reddito presunto, e nel momento in cui è in possesso di dati certi (CUD, modello 730, modello UNICO) deve comunicare l'eventuale rettifica se il reddito risulta superiore alla soglia prevista, richiedendo l'annullamento dell'autocertificazione rilasciata e pagando il ticket dovuto per le prestazioni fruitive in regime di esenzione da inizio anno. L'azienda provvederà al ritiro del certificato di esenzione.

Revoca del certificato:

Il dichiarante è tenuto a dare immediata comunicazione del venir meno, nel corso della validità del certificato, delle condizioni per beneficiare dell'esenzione (cessato godimento della pensione sociale o minima, venir meno dello stato di disoccupazione ecc). L'azienda anche in questo caso provvederà al ritiro del certificato di esenzione.

CODICE ESENZIONE
E30



Regione Lombardia

**CERTIFICAZIONE DI ESENZIONE DAL PAGAMENTO DEL TICKET PER LE PRESTAZIONI DI
ASSISTENZA FARMACEUTICA
ESENZIONE CON VALIDITA' SUL TERRITORIO REGIONALE**

(Applicazione Leggi Finanziarie 1995 / 1996 e successive modifiche e integrazioni, D.M. 11 Dicembre 2009, DGR n. 18475 del 30.07.2004)

La presente certificazione esenta dalla compartecipazione di cui sopra:

Cognome

Nome

Codice Fiscale

La presente certificazione ha validità fino ad eventuale variazione dello stato di diritto.

luogo e data

timbro e firma del Responsabile ASL