ALL. A)

COMUNE DI SANTA CROCE DI MAGLIANO

AVVISO PUBBLICO

Anno 2025 – PRESTAZIONI SOCIALI IN FAVORE DI CITTADINI AFFETTI DA MALATTIE RARE PER LA FORNITURA DI FARMACI DI FASCIA C.

Delibera di Giunta regionale n. 215/ 10 luglio 2025.

L'Ufficio Servizi sociali del Comune di Santa Croce di Magliano, rende noto che i cittadini aventi diritto possono richiedere la modulistica per il rimborso di acquisto farmaci di FASCIA C, in relazione alla malattia rara del richiedente

I requisiti necessari per poter presentare istanza di contributo sono i seguenti:

- Di essere in possesso di idonea documentazione rilasciata dal SSN che attesti l'indisponibilità e insostituibilità dei farmaci di fascia C, in relazione alla malattia rara del richiedente;

- Essere in condizione di fragilità sociale, con ultima dichiarazione ISEE: da 0 euro a 20.000,00 euro (contribuzione 100%) - da euro 20,000 a euro 30,000 (contribuzione 75%) – oltre euro 30,000 (50%);

Per accedere ai predetti contributi i cittadini interessati dovranno presentare apposita richiesta corredata da:

Modello ISEE in corso di validità per l'anno 2025 (rif. 2024);
idonea documentazione rilasciata dal SSN che attesti "l'indispensabilità e insostituibilità dei farmaci di Fascia C in relazione alla malattia rara del richiedente;
copia documento di identità;
copia ricetta medica;
scontrini fiscali

Le richieste dovranno pervenire entro e non oltre il 24 luglio 2025, presso Ufficio Protocollo del Comune di Santa Croce di Magliano.

L'amministrazione Comunale

Al Sig. Sindaco
del Comune di SANTA CROCE DI MAGLIANO

Il / La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ e residente presso il Comune di SANTA CROCE DI MAGLIANO

alla Via _____, n. _____

n._____ Tel./ cell._____in qualità di soggetto affetto da patologia rara;

C H I E D E

Il rimborso regionale previsto per spese inerenti malattie rare (Fascia C) – anno 2025 - per i cittadini residenti nella Regione Molise.

Allega:

- Modello ISEE in corso di validità anno 2025 8RIF. 2024);
- Documentazione rilasciata dal SSN che attesti "l'indispensabilità e insostituibilità" dei farmaci di fascia c;
- Documento d'identità in corso di validità;
- Scontrini fiscali;
- Ricetta medica.

Spesa documentata: euro _____

Codice Iban: _____

SANTA CROCE DI MAGLIANO, _____

FIRMA

_____

Di autorizzare, ai sensi del Regolamento U. E. 679/2016, il trattamento dei propri dati per le finalità ed i termini connessi al presente servizio.
Di prendere atto che il titolare del trattamento è il Comune di SANTA CROCE DI MAGLIANO ed il Responsabile della protezione dei dati è il rag. Carlo Rosati i cui dati sono pubblicati sul sito istituzionale del Comune di SANTA CROCE DI MAGLIANO.

Firma

_____