

Rimborso prestazioni alle persone con disabilità

solo per la richiesta di rimborso cartacea riservata al Socio straordinario se cessato dal servizio prima del 1 gennaio 2021

Attenzione: la richiesta di rimborso deve essere corredata della documentazione prevista dal Piano sanitario; le fatture devono recare la marca da bollo se prevista dalla normativa fiscale.

I miei dati

_____ CF

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

nome e cognome

_____ telefono _____ e-mail

chiedo ☐ per me ☐ per il familiare a carico avente diritto:

_____ CF

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

nome e cognome

il rimborso per:

soggetto che ha emesso fattura/ricevuta fiscale	numero	data	importo

come da fatture/ricevute fiscali che allego.

Dichiarazioni di impegno e responsabilità da parte del Socio/avente diritto

Per questa richiesta di rimborso, **dichiaro sotto la mia responsabilità:**

- a. l'impossibilità di avvalermi del SSN/SSR per l'esigenza di fruire tempestivamente delle predette prestazioni sanitarie (circostanza esclusa per i ticket);
- b. di conoscere lo Statuto, il Piano sanitario e il Nomenclatore tariffario di Fisde e di impegnarmi al loro rispetto;
- c. come beneficiario della prestazione, di non avere diritto, a qualsiasi titolo, ad alcun risarcimento, ulteriore rimborso o indennizzo per le prestazioni sanitarie per le quali chiedo rimborso a Fisde;
- d. in caso di diritto a rimborsi, risarcimenti o indennizzi da parte di altri soggetti e/o enti pubblici o privati, di impegnarmi, secondo quanto previsto dall'art. 6.4 del Piano sanitario, a restituire a Fisde l'eventuale somma eccedente la spesa effettivamente sostenuta in forma diretta o indiretta fino a concorrenza del rimborso erogato da Fisde ovvero a riversare al Fondo la parte di anticipazione che dovesse risultare eccedente rispetto al rimborso spettante, mediante pagamento da disporsi sul c/c postale 95885000 intestato a Fisde, Via Nizza n.152, 00198 Roma, o sul c/c bancario BNL, IBAN IT06V0100503205000000003793 intestato a Fisde nel termine di 30 giorni rispettivamente decorrenti dalla data di incasso del predetto rimborso, risarcimento o indennizzo ovvero da quella di pagamento delle prestazioni fruite;

Inoltre, **dichiaro:**

- e. di essere a conoscenza di quanto previsto dall'art. 6.7 del Piano sanitario, riconoscendo a Fisde la facoltà di avvalersi di propri medici per il controllo delle prestazioni effettuate e per la verifica della sussistenza delle condizioni previste ai fini della concessione del rimborso;
- f. di essere a conoscenza delle sanzioni applicabili nel caso di produzione di documentazione o dichiarazioni non veritiere allo scopo di ottenere rimborsi non dovuti, come la sospensione del diritto alle prestazioni o la perdita della qualifica di Socio nei casi di maggiore gravità;

continua

segue Dichiarazioni di impegno e responsabilità da parte del Socio/avente diritto

- g. che il familiare al quale è riferita la prestazione sanitaria oggetto di rimborso è un mio familiare fiscalmente a carico per il quale ho titolo e usufruisco delle deduzioni/detrazioni IRPEF ai sensi e per gli effetti dell'art. 1.2 del Piano sanitario e con le limitazioni ivi stabilite. Al riguardo, entro il 31 ottobre dell'anno successivo a quello della data delle fatture relative alle prestazioni sanitarie, mi impegno a produrre la documentazione fiscale attestante la situazione di carico fiscale del familiare e a restituire a Fisde quanto percepito nel caso il familiare non risultasse fiscalmente a carico. Dichiaro di essere a conoscenza delle conseguenze derivanti dal mancato rispetto di detto termine ovvero dalla produzione di documentazione non comprovante che il familiare era a carico.
- h. in caso di prestazioni fruite da miei familiari fiscalmente a carico, il familiare al quale è riferita la prestazione sanitaria oggetto di rimborso non ha diritto a fruire, a qualsiasi titolo, di alcun risarcimento, rimborso o indennizzo erogati da altro soggetto o ente pubblico o privato e, in caso contrario, di impegnarmi sin d'ora al rispetto degli obblighi restitutori di cui alla precedente lettera d;
- i. che la documentazione trasmessa in copia è conforme all'originale in mio possesso;
- l. di essere a conoscenza dell'obbligo di conservare in originale la documentazione fiscale di spesa e la documentazione fiscale attestante la situazione di carico, nel caso di rimborsi in favore dei familiari a carico, fino al 31 dicembre del quinto anno successivo a quello di fruizione del rimborso, e di esibirla, a richiesta di Fisde;
- m. di essere consapevole che Fisde è tenuto ad adempiere all'obbligo di comunicazione all'Agenzia delle Entrate dei dati relativi alle spese sanitarie rimborsate, di cui all'art. 78, comma 25-bis, della legge 30 dicembre 1991, n. 413, ai fini della elaborazione, da parte dell'Agenzia delle Entrate, della dichiarazione dei redditi nonché dei controlli sugli oneri deducibili e sugli oneri detraibili.

luogo e data _____

il Socio
(firma leggibile)

il familiare avente diritto se maggiorenne
(firma leggibile)

il Tutore/Amm. Sost./Procuratore
(firma leggibile)

Consenso al trattamento dei dati personali - artt. 6, 7, 8 e 9 del Regolamento UE 2016/679

Dichiaro di avere preso visione e di avere compreso l'Informativa Privacy (pubblicata nell'Area riservata Fisdeweb) ed esprimo il mio consenso consapevole al trattamento e alla comunicazione dei miei dati personali secondo le modalità, finalità e limiti di cui alla sopra richiamata informativa.

il Socio
(firma leggibile)

il familiare avente diritto se maggiorenne
(firma leggibile)

il Tutore/Amm. Sost./Procuratore
(firma leggibile)