



ASSOCIAZIONE MALATI DI RENI

Gentile dottore,

Con lo schema riassuntivo per l'anno 2015 dei contributi previsti per la dialisi domiciliare intendiamo dare il nostro sostegno a quanti effettuano o si apprestano ad accedere a questa modalità di dialisi, ma anche un aiuto a medici ed infermieri per dare risposte concrete agli assistiti.
Roberto Costanzi

CONTRIBUTI PER LA DIALISI DOMICILIARE EROGATI DALLA REGIONE LAZIO

La Regione del Lazio, ha definito che la ASL di residenza corrisponde un contributo annuo, rivalutabile in base al tasso di inflazione programmato, diversificato a seconda che si effettui l'emodialisi, o la Dialisi Peritoneale Automatizzata (APD), o la Dialisi Peritoneale Manuale (CAPD). Per l'anno 2014 erogato nel 2015 il contributo è:

Anno	Indice e Dpef	Emodialisi	APD Dialisi Peritoneale Automatizzata	CAPD Dialisi Peritoneale Manuale
2014	1,5 Dpef 08/04/2014	€ 985,00	€ 656,60	€ 492,27

Il contributo è corrisposto sulla base di domanda dell'assistito da presentare al distretto di residenza corredata di certificazione del Centro dialisi attestante il trattamento domiciliare. Il contributo viene erogato con cadenza annuale, in dodicesimi, secondo i mesi di trattamento certificati durante l'anno solare precedente. Hanno diritto ai contributi gli stranieri sia comunitari che extracomunitari residenti nella Regione Lazio in regola con la documentazione di soggiorno.

BONUS ENERGIA EROGATO PER TUTTE LE MODALITÀ DI DIALISI DOMICILIARE

A beneficiare del "Bonus" saranno gli utenti presso i quali vive un soggetto costretto ad utilizzare apparecchiature elettromedicali necessarie per il mantenimento in vita. Prevista nei moduli la dicitura "funzione urinaria" e specificata successivamente nel modulo della ASL come dialisi domiciliare.

Dal 2013 il valore del bonus è articolato in 3 livelli e attribuito in base al numero di apparecchiature elettromedicali salvavita utilizzate e al tempo giornaliero di utilizzo. Il valore viene determinato dall'Autorità in base ad un algoritmo facilmente utilizzabile nella pagina del sito sottostante

<http://www.sgatedemo.anci.it/sgateweb/simulatore/flows/simulatoreCodiceAgevolazione.htm?execution=e1s1>

In concreto significa che chi utilizza apparecchiature elettromedicali per 24 ore al giorno, riceverà di più rispetto al contributo base, *(nel quale presumibilmente rientrerà l'utilizzo dell'apparecchiatura per la dialisi domiciliare NDR)*. Le richieste per il Bonus Energia devono essere consegnate tramite ai centri CAAF delle organizzazioni sindacali, solo alcuni comuni hanno una organizzazione in proprio.

C/o Unità Operativa di Nefrologia e Dialisi Ospedale S. Spirito – LUNGOTEVERE IN SASSIA, 1 00193 ROMA
www.malatidireni.it - E-mail: assreni@tiscali.it

iscritta all'anagrafe onlus con lettera della direzione regionale dell'Agenzia delle Entrate del Lazio
iscritta al registro regionale delle Associazioni della Regione Lazio (Legge regionale 22/99)



ASSOCIAZIONE MALATI DI RENI

AVVERTENZA: evitate di cambiare il gestore di energia attratti da contratti più vantaggiosi al fine di evitare contenziosi sul trasferimento del Bonus.

TARIFFA AGEVOLATA PER IL CONSUMO DI ACQUA PER L'EMODIALISI DOMICILIARE

Alcune società di gestione dell'acqua hanno nel loro regolamento la possibilità di ottenere delle tariffe agevolate per il consumo dell'acqua. Riportiamo il regolamento, peraltro molto restrittivo, della società ACEA ATO2 che riguarda tutti i comuni della provincia di Roma.

Per quanti non risiedono nel territorio di ATO2 il suggerimento è di contattare la società che gestisce l'acqua per sapere se ci sono possibilità.

Per avere diritto alle agevolazioni **per chi effettua l'emodialisi domiciliare**, occorre:

- a) essere residenti nell'abitazione alimentata dall'utenza per la quale si chiede l'agevolazione;
- b) non possedere un abitazione classificata nella categoria catastale A/1 (casa signorile), A/7 (villino), A/8 (villa), A/9 (castelli e palazzi di pregio artistico);
- c) nucleo familiare con indicatore ISEE fino a € 13.920 e almeno un soggetto che a causa di particolari condizioni mediche, adeguatamente certificate, necessiti di un ingente utilizzo d'acqua. L'interessato deve presentare richiesta di agevolazione utilizzando il modulo A predisposto dal Gestore, allegando:
 - a) autocertificazione che attesti che l'immobile non appartenga alle categorie sopraindicate;
 - b) certificato medico giustificativo che si effettua l'emodialisi domiciliare, con l'utilizzo di un ingente quantitativo di acqua
 - c) copia dell'attestazione ISEE;
 - d) certificato di residenza;
 - e) documento di identità;
 - f) l'indicazione del numero dell'utenza;
 - g) il numero dei residenti che compongono il nucleo familiare;

Nel caso di nuclei familiari residenti in un condominio, la suddetta richiesta deve essere presentata a firma dell'Amministratore, per conto dell'interessato.

La richiesta deve essere inviata esclusivamente mediante raccomandata A.R. indirizzata al Gestore: ACEA ATO2 s.p.a. Piazzale Ostiense, 2 00154 Roma.

L'istanza di agevolazione deve essere presentata dal 1 gennaio al 30 aprile di ciascun anno.

L'agevolazione consisterà nell'erogazione di un rimborso annuale pari all'importo relativo a 40 m3/annui di acqua per ciascun componente del nucleo familiare. Detto importo sarà calcolato applicando la tariffa agevolata in vigore nell'anno, e la tariffa di fognatura e depurazione.

**Per ulteriori informazioni contatta l'Associazione Malati di Reni
3291665932 - assreni@tiscali.it**



ASSOCIAZIONE MALATI DI RENI

Allegati:

- 1) Fac simile modulo per la richiesta del contributo previsto dalla Regione Lazio;
- 2) Fac simile certificato medico per il Bonus Energia,
- 3) Fac simile modulo richiesta per il Bonus Energia
- 4) Fac simile modulo richiesta Bonus acqua ACEA ATO2

Per ulteriori informazioni contatta l'Associazione Malati di Reni
3291665932 - assreni@tiscali.it

**Il tuo 5 per mille all'associazione Malati di Reni onlus
Codice fiscale 97114010586**

REGIONE LAZIO
AZIENDA SANITARIA LOCALE
DISTRETTO
CITTA'

**DOMANDA DI RIMBORSO SPESE
PER PAZIENTI IN TRATTAMENTO
DIALITICO D.G.R. 1614/2001**
"Disposizioni normative per i soggetti
affetti da nefropatie in trattamento
dialitico".

RIMBORSO PER IL TRATTAMENTO DIALITICO DOMICILIARE

Il sottoscritto

Nato a il residente in
..... CAP..... via

Codice Fiscale

Genitore / legale rappresentante del Sig.

nato a il residente
in CAP..... via
..... Codice Fiscale

Chiede

- il rimborso delle spese per l'intero costo per l'installazione del preparatore per l'emodialisi, gli impianti elettrico e idrico nonché le relative opere murarie così come concordate con il responsabile dell'Unità Operativa di Nefrologia e dialisi che effettua la terapia;
- Per il trattamento emodialitico domiciliare un contributo spese di € 774,68 annuo, rivalutabile in base al tasso di inflazione programmato.
- Per la dialisi peritoneale domiciliare un contributo spese di € 387,34 annuo rivalutabile in base al tasso di inflazione programmato.
- Per la dialisi peritoneale continua automatizzata un contributo spese di € 516,45 annuo rivalutabile in base al tasso di inflazione programmato.

Il sottoscritto è in cura presso il centro clinico città
..... Via dove è
stato sottoposto a trattamento dialitico per l'anno

Si allega:

- Certificato del centro dialisi indicante il trattamento e le condizioni cliniche
- Relative attestazioni di pagamento per l'impianto (fatture, ricevute ecc.).

Il sottoscritto attestanti, con la documentazione allegata, le particolari condizioni economiche chiede che i costi dimostrati per gli anni successivi vengano anticipati.

Il sottoscritto chiede che i contributi devono essere:

- inviati al domicilio tramite Assegno non trasferibile.

- versati sul Conto Corrente Bancario n. ABI CAB

Banca ag. città

intestato a da me delegato alla riscossione.

Data

Firma

.....

RISERVATO ALLA A.S.L.

Vista la regolarità delle dichiarazioni e della documentazione allegata, dispone la liquidazione a titolo di concorso spese, come da prospetto sottostante:

1. tecnica dialitica domiciliare utilizzata €
2. Costo impianto come da ricevute di pagamento €.....

Data

IL LIQUIDATORE

.....



da tagliare e restituire al mittente: Protocollo:

La richiesta del Sig. relativa all'anno è stata depositata presso questo ufficio in data con il numero di protocollo

IL FUNZIONARIO

.....

Azienda Asl n.
Regione
Servizio

Oggetto: Certificazione ai sensi dell'articolo 4, comma 2, del Decreto interministeriale 28 dicembre 2007 recante "Determinazione dei criteri per la definizione delle compensazioni della spesa sostenuta per la fornitura di energia elettrica per i clienti economicamente svantaggiati e per i clienti in gravi condizione di salute."

Si **certifica** che il/la signor _____,
(Cognome) (Nome)

codice fiscale _____, persona in gravi condizioni di salute, utilizza abitualmente, presso il proprio domicilio situato in Comune _____ (prov. _____) via/piazza _____ n° civico _____, apparecchiature medico-terapeutiche necessarie per la sua esistenza in vita e alimentate ad energia elettrica.

Le funzioni assolte da tali apparecchiature sono le seguenti:

- funzione alimentare
- funzione respiratoria
- funzione urinaria

Le apparecchiature* utilizzate sono le seguenti:

* indicare il tipo di dispositivo utilizzato: es. ventilatore polmonare, respiratore broncoaspiratore, pompa per alimentazione enterale, apparecchiatura per la dialisi domiciliare o altra apparecchiatura strettamente necessaria alle funzioni vitali.

Si certifica che l'uso di tali apparecchiature ha avuto inizio in data ____/____/____

(Luogo, data)

(Firma e Timbro)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(ARTICOLI 38 E 47 DEL DPR n. 445/2000 E S.M.I.)

Dichiarazione resa ai sensi dell'articolo 4, comma 2, lettera a) della deliberazione dell'Autorità per l'energia elettrica e il gas 6 agosto 2008, ARG/elt 117/08 e s.m.i.Il/La sottoscritto/a _____,
(Cognome) (Nome)

nato/a _____, (prov. _____), il _____, codice fiscale _____,

dichiarache il/la signor _____,
(Cognome) (Nome)

codice fiscale _____, persona in gravi condizioni di salute, utilizza abitualmente apparecchiature medico-terapeutiche necessarie per la sua esistenza in vita e alimentate ad energia elettrica presso il proprio domicilio, situato in Comune _____ (prov. _____), via/piazza _____, n° civico _____.

Le funzioni assolte da tali apparecchiature sono le seguenti:

- funzione alimentare
- funzione respiratoria
- funzione urinaria

Le apparecchiature¹ utilizzate sono le seguenti:

Si dichiara altresì che l'uso di tali apparecchiature ha avuto inizio in data ____/____/____

Al riguardo si allega copia fotostatica della comunicazione ricevuta dal distributore di energia elettrica attestante che il punto di fornitura corrispondente al POD _____ è compreso tra gli elenchi delle forniture non disalimentabili ai fini del P.E.S.S.E. (Piano di Emergenza per la Sicurezza del Sistema Elettrico).

(Luogo, data)_____
(Firma)

¹ Indicare il tipo di dispositivo utilizzato: es. ventilatore polmonare, respiratore broncoaspiratore, pompa per alimentazione enterale, apparecchiatura per la dialisi domiciliare o altra apparecchiatura strettamente necessaria alle funzioni vitali.

RICHIESTA DI AGEVOLAZIONE TARIFFARIA ***MODULO A**

CONTENENTE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE (artt. 46 e 47 D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e s.m.i.)
consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000
e s.m.i. per false attestazioni e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

Il sottoscritto _____ nato a _____
il ___/___/___ residente a _____ Via
_____ n. ___ intestatario dell'utenza idrica numero
_____ telefono _____

DICHIARA ⁽¹⁾

- | | |
|---|--------------------------|
| A. Che l'indicatore ISEE del proprio nucleo familiare non è superiore € 11.160,00 | <input type="checkbox"/> |
| B. Che l'indicatore ISEE del proprio nucleo familiare non è superiore a € 13.920,00 e che il nucleo familiare è d'almeno 5 componenti. | <input type="checkbox"/> |
| C. Che l'indicatore ISEE del proprio nucleo familiare non è superiore a € 13.920,00 e che il nucleo familiare comprende almeno un soggetto che a causa di particolari condizioni mediche necessita di un ingente utilizzo d'acqua. ⁽²⁾ | <input type="checkbox"/> |
| D. Che il proprio nucleo familiare è composto da n. componenti. ⁽³⁾ | <input type="checkbox"/> |

E pertanto il sottoscritto conferma di trovarsi nelle condizioni indicate alla lettera ____.

Il sottoscritto è a conoscenza che la presente istanza ha validità un anno e che per mantenere le agevolazioni in oggetto per l'anno successivo dovrà presentare una nuova istanza nei termini indicati nel Regolamento.

Firma del dichiarante

_____, li _____

(1) Barrare la casella che interessa.

(2) In caso di particolari condizioni mediche l'utente deve allegare alla presente richiesta un certificato medico giustificativo.

(3) E' obbligo per il dichiarante indicare il numero dei componenti del proprio nucleo familiare.

N.B. Inoltre occorre allegare copia fotostatica di un documento di identità, la fotocopia del Modello ISEE, il certificato di residenza e l'autocertificazione che attesti che l'immobile non appartenga alla categoria descritta nella lettera b) del paragrafo 4.2. del "Regolamento di attuazione della articolazione tariffaria unica".

Informativa sulla privacy – "Codice in materia di dati personali" - ex art. 13 del D.Lgs 196/2003
Preso atto dell'informativa, accetto che i miei dati siano utilizzati da ACEA ATO 2 S.p.A. per le finalità indicate

Data _____

Firma _____