



# CITTA' DI AVIGLIANO

PROVINCIA DI POTENZA

Pubblica Istruzione -- Cultura e Sport - Servizio Socio Assistenziale  
Corso Emanuele Gianturco, 43 - tel.0971/701849 - 701815 - 701813 fax 701861

## RICHIESTA CONTRIBUTO SOCIO - ASSISTENZIALE Legge Regionale n. 22/1982 e 26/1989 (malattie del sangue)

ANNO \_\_\_\_\_

*AL SIG. SINDACO  
DEL COMUNE DI AVIGLIANO  
SERVIZI SOCIALI*

PROTOCOLLO N. \_\_\_\_\_

DEL \_\_\_\_\_

*MITT.*

\_\_\_\_\_

*VIA* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*AVIGLIANO* \_\_\_\_\_

**OGGETTO** : Concessione assistenza economica ai sensi della Legge Regionale n. 22/82 e 26/89

I sottoscritt \_\_\_\_\_

Nat\_ a \_\_\_\_\_, Prov. di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale \_\_\_\_\_ e residente in Avigliano alla Via

\_\_\_\_\_ Tel. n. \_\_\_\_\_

Affetto da : Vedere certificazione medica

### C H I E D E

La concessione dell'assistenza economica per l'anno \_\_\_\_\_ prevista da :

- LEGGE REGIONALE 26/89 ( cittadini affetti da talassemia ed altre malattie del sangue )

### C H I E D E

Che le competenze dovutegli/le , a titolo di contributo, gli/le vengano pagate con le seguenti modalità:

- Quietanza diretta  
 Accredito sul proprio c/c bancario Codice IBAN

IBAN

- Pagamento a persona delegata :

Sig. \_\_\_\_\_

Nt. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Avigliano, lì \_\_\_\_\_

In Fede

Allegati:

- Stato di famiglia
- Reddito anno \_\_\_\_\_ Modello \_\_\_\_\_
- Certificazione medica rilasciata dalla struttura pubblica

---

## Talassemia

---

Legge Regionale 26.7.1982, n. 22 “Provvidenze in favore dei cittadini affetti da talassemia”, modificata ed integrata con la L.R. 4.9.1989, n. 26: “Modifiche ed integrazioni alla L.R. 22/1982, in materia di provvidenze in favore dei cittadini affetti da talassemia, da emofilia, da emolinfopatia maligna, e da immuno deficit grave congenito o acquisito, nonché nei confronti dei cittadini già affetti da tali forme morbose e sottoposti a trapianto di midollo osseo e che necessitano di interventi terapeutici e di controllo in forma continuativa (DGR 1873/95).

La Regione Basilicata, ogni anno, con propria delibera regionale ridetermina i limiti di reddito, minimo e massimo, per l'accesso ai benefici economici in misura, rispettivamente, totale o ridotti del 50% ed un contributo forfetario a titolo di rimborso spese per i pazienti che effettuano le emotrasfusioni nel comune di residenza (L.R. 23/2004) ed in località diversa da quella di residenza o strutture pubbliche o private situate anche nel Comune di residenza.

I suddetti limiti di reddito , rivalutati come per le pensioni minime INPS , per i Talassemici residenti in Basilicata , risultano essere:

- fino a € 24.443,00, contributo mensile di € 238,00
- da € 24.444,00 a € 29.462,00, contributo mensile di € 119,00
- oltre € 29.463,00, nessun contributo

Per reddito annuo lordo si intendono tutti i redditi, di qualsiasi natura e provenienza, che concorrono alla formazione del reddito **del nucleo familiare** di cui il richiedente fa parte, con la detrazione di € 258,23 per ogni componente non percettore di reddito e di € 516,46 per ogni componente del nucleo familiare affetto da talassemia.

Il contributo decorrerà dal 1° giorno del mese successivo a quello di presentazione della domanda.

La domanda, in carta semplice, compilata secondo il fax-simile va inoltrata o consegnata a mano al “SERVIZIO SOCIALEP” del COMUNE di Residenza

Alla domanda vanno allegati:

- certificato medico rilasciato dalla struttura pubblica, attestante la diagnosi (in busta chiusa);
- dichiarazione del reddito imponibile IRPEF del nucleo familiare, (fotocopia di un documento di riconoscimento);
- eventuale atto di delega per il ritiro delle spettanze con il relativo codice fiscale (fotocopia del documento di riconoscimento del delegante);
- decreto di autorizzazione rilasciato dal giudice tutelare per riscuotere il contributo.