RICHIESTA DI RIMBORSO
(L.R. 22/1988 ; L.R. 2/2008; DGRM 2440/1999)

Al Direttore Generale dell'AST di Ancona

La sottoscritta _____

Nata a _____ Prov. _____ il_____

codice
fiscale_____

Residente a _____ Prov. _____

Via _____

Recapiti telefonici _____

In riferimento alla precedente comunicazione di effettuare il parto in ambiente extra-ospedaliero, previamente informata e consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 , sotto la mia personale responsabilità:

COMUNICA

Che il parto è avvenuto il giorno _____/_____/_____ alle ore_____presso:

□ domicilio sito a_____in via _____

□ struttura ospedaliera (Ospedale di_____) per:
□ complicanze □ mia scelta durante il travaglio

CHIEDE

In applicazione:

- dell'art. 4 comma 2 della Legge Regionale n. 22/1998, così come modificata nell'importo dalla L.R. n. 2 del 5/2/2008;
- dell'Allegato A della DGRM 2440/1999;

il rimborso spettante per l'assistenza al parto in ambiente extra ospedaliero.

DICHIARA

-Di aver sostenuto la spesa di Euro _____/00 per l'assistenza al parto

- di essere responsabile personalmente delle dichiarazioni rese in proprio favore ai fini di sgravio fiscale all'Agenzia delle Entrate (DPR n. 917/86)

- di aver eseguito lo screening neonatale

- che il conto corrente bancario per i pagamenti effettuati a proprio favore è:

Banca_____ Filiale_____

Intestatario conto_____

IBAN:

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

Data _____

Firma della madre

_____

Allega fotocopia di:

1. **Certificato di nascita**
2. **Copia della cartella clinica, compilata dall'ostetrica che ha assistito il parto**
3. **Dichiarazione di avvenuta esecuzione degli screening neonatali**
4. **Documentazione fiscale comprovante le spese effettivamente sostenute e documentazione di pagamento delle stesse**
5. **Copia di documento di identità in corso di validità**

Infine, a norma del D.Lgs 196/2003 e ss.mm.ii., autorizza l'AST di Ancona al trattamento dei dati personali e/o sensibili contenuti nella succitata documentazione per i fini connessi alla procedura di rimborso per cui vengono resi.

AUTORIZZAZIONE

Verificata la presenza delle condizioni richieste per il rimborso, si autorizza la liquidazione nei limiti di legge

_____ _____

Luogo e data IL DIRETTORE DEL DISTRETTO O SUO DELEGATO

Note: L'AST di Ancona eroga un rimborso pari alla misura stabilita dell'art. 4 comma 2 della Legge Regionale n. 22/1998, così come modificata nell'importo dalla L.R. n. 2 del 5/2/2008. Qualora durante il travaglio dovessero sopravvenire complicazioni che richiedono il ricovero della donna in ambiente ospedaliero o comunque, anche in situazione fisiologica la donna decida di terminare il travaglio ed espletare il parto in

ALL'ASSISTITA IN INDIRIZZO

☐ Spiace comunicare che la domanda di cui sopra non può essere accolta per i seguenti motivi:

☐ Si prega di integrare la documentazione, presentando:

_____ _____

Luogo e data IL DIRETTORE DEL DISTRETTO O SUO DELEGATO

ambiente ospedaliero, è riconosciuto un rimborso pari a un terzo della somma riconoscibile nel caso in cui il parto si concluda al domicilio.