

RICHIESTA ASSISTENZA ALLA NON-AUTOSUFFICIENZA

ATTENZIONE: per la validità del modulo, allegare **OBBLIGATORIAMENTE** copia tessera sanitaria e documento di identità

Il presente modulo dovrà pervenire al Fondo Sanitario al seguente indirizzo:
FASIE – VIA BENEDETTO CROCE, 40 - 00142 ROMA (RM)

Io Sottoscritto

Cognome: _____ Nome: _____ Sesso: M | ☐ F | ☐

Codice Fiscale: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Nat_ a _____ il: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Indirizzo di residenza: _____ CAP: _____

Comune di residenza: _____ Prov.: (____) Nazione: _____

Indirizzo e-mail: _____@_____

Cellulare: _____ Recapito telefonico: _____

Settore di appartenenza – CCNL _____

Cognome e Nome della persona che si prende cura della persona malata: _____

Recapito telefonico: _____

Coordinate Bancarie del lavoratore per eventuali rimborsi: codice IBAN (27 caratteri - rilevabili dall'estratto di conto corrente)

[illegible]

Intestatario del Conto Corrente

presa visione delle norme statutarie, del Regolamento e di quanto definito nell'Opzione Sanitaria prescelta

CHIEDO

l'erogazione del contributo forfetario per la non-autosufficienza, secondo quanto di seguito dichiarato

A tal fine, allego alla presente richiesta la seguente documentazione:

- 1) relazione medica, redatta dal medico curante, sulle cause della perdita di autosufficienza attestante le motivazioni che hanno portato alla definizione della patologia causa della perdita di autosufficienza
- 2) documentazione clinica (cartelle cliniche, referti, accertamenti strumentali) dell' infortunio sul lavoro o malattia/intervento chirurgico causa della perdita di autosufficienza

(la FASIE si riserva la possibilità di richiedere ulteriore documentazione che deve essere trasmessa entro e non oltre 60 giorni dalla ricezione della richiesta stessa, pena la decadenza del diritto all'indennizzo)

NOTA BENE: L'incompleta compilazione del presente modulo o la mancanza delle firme previste comporta il rigetto della domanda presentata.

Data compilazione: _____

Firma del lavoratore: _____

Si allegano:

- copia del documento di riconoscimento
- copia della tessera sanitaria

Consenso al trattamento dei dati personali – D. Lgs 196/2003

Preso atto dell'informativa allegata al presente modulo ai sensi dell'art 13 del D. Lgs 196/03, do il mio consenso al trattamento dei dati personali. Il consenso è pure esteso nei confronti del service amministrativo, delle banche e delle società che gestiscono servizi postali.

Data compilazione: _____

Firma del lavoratore: _____

Documenti allegati alla presente:

- ☐ Cartella clinica
- ☐ Referti (n. _____)
- ☐ Accertamenti (n. _____)
- ☐ Altro (specificare: _____)

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (Regolamento UE 2016/679)

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 (nel seguito indicato semplicemente come "GDPR"), che prevede che la persona i cui Dati vengono trattati sia debitamente informata su tale trattamento, il Fondo FASIE (di seguito Fondo Sanitario) La informa che i Dati personali dei propri iscritti saranno trattati come segue:

1. FINALITA' DEL TRATTAMENTO

La raccolta ed il trattamento dei dati personali degli iscritti al Fondo Sanitario, sono effettuati per:

- valutare la corretta posizione giuridica e contributiva del lavoratore aderente (nonché dei componenti del suo nucleo familiare, se ne è stata chiesta l'iscrizione) per la gestione delle prestazioni, secondo lo Statuto ed il Regolamento del Fondo;
- la gestione amministrativa delle quote contributive ed eventualmente per il recupero delle quote non versate;
- finalità connesse al necessario espletamento di attività amministrative, contabili, fiscali, patrimoniali, statistico attuariali, al funzionamento istituzionale del Fondo e al rinnovo degli Organi collegiali;
- consentire agli aderenti di conoscere l'attività del Fondo sanitario e quindi di essere aggiornati sulle materie attinenti ai servizi offerti. I dati potranno essere utilizzati per inviare con varie modalità agli associati comunicazioni istituzionali quali notiziari, bollettini, newsletter e materiale informativo;
- in esecuzione di obblighi previsti da leggi, regolamenti o dalla normativa comunitaria, nonché da disposizioni impartite da pubbliche autorità a ciò legittimate o da organi di vigilanza a cui il Fondo Sanitario è soggetto.

La base giuridica del trattamento è costituita, per i dati ordinari, dall'esecuzione del contratto associativo di cui l'interessato è parte, in particolare statuto e regolamento del Fondo, per le categorie particolari di dati (dati sanitari) dal consenso esplicito prestato dall'interessato in relazione al contratto associativo di cui è parte.

2. CONFERIMENTO DEI DATI

Il conferimento dei dati richiesti è obbligatorio per l'adempimento delle finalità perseguite dal Fondo Sanitario. L'eventuale rifiuto comporterà l'inevitabile rigetto della domanda di adesione al Fondo Sanitario presentata dall'interessato.

3. MODALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento dei dati personali avviene mediante strumenti manuali ed informatici, con modalità strettamente correlate alle finalità sopra indicate e, comunque, in modo da garantire la sicurezza, la protezione e la riservatezza dei dati stessi. I dati personali potranno essere trattati da dipendenti e collaboratori del Fondo Sanitario, incaricati di svolgere specifiche operazioni necessarie al perseguimento delle finalità suddette, sotto la diretta autorità e responsabilità del Fondo Sanitario e in conformità alle istruzioni che saranno dallo stesso impartite.

4. COMUNICAZIONE DEI DATI

Il Fondo Sanitario potrà comunicare i dati personali degli iscritti a soggetti e società esterne che forniscono servizi strettamente connessi e strumentali alla propria attività. In particolare i soggetti predetti potranno essere costituiti da:

- istituti bancari incaricati dell'attività di custodia e gestione del patrimonio e preposti dal Fondo sanitario alla riscossione dei contributi e al pagamento delle prestazioni;
- compagnie di assicurazione incaricate della gestione delle risorse del Fondo Sanitario;
- società di servizi amministrativi, contabili ed informatici, debitamente nominate Responsabili del trattamento;
- pubbliche amministrazioni ed organi di vigilanza, quando previsto dalla normativa vigente.
- I dipendenti e/o collaboratori e/o professionisti consulenti del Fondo Sanitario incaricati delle relative operazioni di trattamento
- Società che effettuano per conto del Fondo Sanitario servizi postali informatizzati per l'invio di comunicazioni agli associati ed a soggetti interessati alle attività di assistenza sanitaria integrativa, debitamente nominati responsabili del trattamento;

I dati personali degli iscritti non sono oggetto di diffusione a categorie di soggetti indeterminati.

Il consenso è pure esteso con riguardo all'acquisizione da parte del Fondo dei dati relativi alla salute, necessari per la valutazione delle spese mediche delle quali si richiede il rimborso.

5. CATEGORIE DI DATI PERSONALI

Qualora i Suoi dati personali non ci siano stati comunicati direttamente da Lei, Le comunichiamo le categorie di dati personali che verranno trattati per le finalità di cui sopra: Dati anagrafici; IBAN; Dati sanitari.

6. FONTE DEI DATI PERSONALI

Qualora non sia stato/a Lei a fornirci direttamente i Suoi dati personali, questi sono stati forniti:

- dall'impresa presso la quale lavora alla quale ha manifestato l'intenzione di iscriversi al Fondo Sanitario (dati anagrafici e/o Iban)
- dalla struttura convenzionata presso la quale ha usufruito di prestazioni rimborsabili da parte del Fondo Sanitario (dati sanitari)

7. PERIODO DI CONSERVAZIONE

I dati contabili (inclusi i dati dei rimborsi effettuati) saranno conservati per il periodo di conservazione obbligatoria per le scritture contabili; I dati sanitari verranno conservati per il periodo di prescrizione ordinaria di 10 anni a partire dalla data della richiesta di rimborso.

8. DIRITTI DELL'INTERESSATO

Il GDPR riconosce il diritto di accesso ai suoi dati, di chiederne la rettifica, la cancellazione o la limitazione del trattamento, di opporsi al loro trattamento ed il diritto alla portabilità dei suoi dati. Per meglio comprendere tali diritti, ricordiamo che essi sono elencati negli articoli 15 (diritto di accesso), 16 (diritto di rettifica), 17 (diritto alla cancellazione), 18 (diritto di limitazione del trattamento), 20 (diritto alla portabilità dei dati) e 21 (diritto di opposizione) del GDPR.

9. TITOLARE E RESPONSABILI

Titolare del trattamento dei dati è il Fondo Sanitario FASIE, con sede in Piazzale Luigi Sturzo, 31 – 00144 Roma. Il DPO è contattabile all'indirizzo mail privacy.fasie@gmail.com.

RELAZIONE MEDICA (a cura del medico curante)

Cognome e Nome del medico curante: _____

Indirizzo: _____

Recapito telefonico: _____

Lei è il medico curante dell'Assicurato? Si ☐ No ☐

In caso affermativo, da quanto tempo? _____

In che data ha visitato l'Assicurato l'ultima volta? _____

Quando ha visitato per la prima volta l'Assicurato in merito alla sintomatologia attuale? _____

Cause della richiesta della perdita di autosufficienza – Stato attuale:

a) In caso d'infortunio:

Data dell'infortunio: _____

Quali sono i postumi: _____

b) In caso di malattia:

Data della diagnosi: _____

Diagnosi: _____

Si tratta di una malattia ricorrente: _____

c) Data della prima manifestazione di difficoltà ad effettuare le attività elementari della vita quotidiana: _____

d) Quali sono i trattamenti attuali?

Farmaci: _____

Trattamenti: _____

e) C'è possibilità di miglioramento/evoluzione dello stato clinico attuale?

f) Lo stato clinico attuale può essere considerato consolidato, non evolutivo?

g) L'Assicurato fa uso o ha fatto uso eccessivo di alcolici o altre sostanze? Si ☐ No ☐

In caso affermativo quali, da quanto e in che misura _____

Lo stato di non autosufficienza può essere legato all'eccessivo consumo? Si ☐ No ☐

h) L'Assicurato percepisce una pensione d'invalidità o una pensione per inabilità permanente o un anticipo di pensione per ragioni di salute: Si ☐ No ☐

In caso affermativo indicare il tipo di pensione: _____

da quando: _____ grado di invalidità: _____ %

Storia medica pregressa dell'Assicurato: eventuali malattie fisiche/mentali ed infortuni - Anamnesi

1) DIAGNOSI ESATTA _____

DATA DELLA DIAGNOSI _____

TIPO DI TRATTAMENTO MEDICO _____

DURATA _____

POSTUMI _____

POSTUMI

POSTUMI

- QUADRO NEURO-PSICHIATRICO:

Esiti di eventuali test:

[illegible]

QUESTIONARIO PER L'ACCERTAMENTO DELLO STATO DI NON-AUTOSUFFICIENZA

Per ogni sezione del QUESTIONARIO PER L'ACCERTAMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA di seguito riportato indicare con una crocetta il punteggio ritenuto corretto in riferimento allo stato del paziente.

Il riconoscimento della perdita di autosufficienza avviene quando il punteggio totale risulta essere uguale o maggiore di 40 punti. Tale punteggio rappresenta condizione e presupposto per l'accoglimento della domanda.

SEZIONE I - FARSILIL BAGNO			
1° Grado	L'Assistito è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo	Punteggio 0	
2° Grado	L'Assistito necessita di assistenza per entrare/uscire dalla vasca da bagno	Punteggio 5	
3° Grado	L'Assistito necessita di assistenza per entrare/uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno	Punteggio 10	
SEZIONE II - VESTIRSI E SVESTIRSI			
1° Grado	L'Assistito è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo	Punteggio 0	
2° Grado	L'Assistito necessita di assistenza per vestirsi/sgestirsi per la parte superiore o per la parte inferiore del corpo	Punteggio 5	
3° Grado	L'Assistito necessita di assistenza per vestirsi/sgestirsi sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo	Punteggio 10	
SEZIONE III - IGIENE DEL CORPO			
1° Grado	L'Assistito è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza i seguenti gruppi di attività: (1) andare in bagno (2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi (3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato al bagno	Punteggio 0	
2° Grado	L'Assistito necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3)	Punteggio 5	
3° Grado	L'Assistito necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3)	Punteggio 10	
SEZIONE IV - MOBILITÀ			
1° Grado	L'Assistito è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza assistenza	Punteggio 0	
2° Grado	L'Assistito necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche con apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la sedia a rotelle, le stampelle. È però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto	Punteggio 5	
3° Grado	L'Assistito necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto per muoversi	Punteggio 10	
SEZIONE V - CONTINENZA			
1° Grado	L'Assistito è completamente continente	Punteggio 0	
2° Grado	L'Assistito presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno	Punteggio 5	
3° Grado	L'Assistito è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come il catetere o la colostomia	Punteggio 10	
SEZIONE VI - BERE E MANGIARE			
1° Grado	L'Assistito è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti	Punteggio 0	
2° Grado	L'Assistito necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie (1) sminuzzare/tagliare il cibo (2) sbucciare la frutta (3) aprire un contenitore/scatola (4) versare bevande nel bicchiere	Punteggio 5	
3° Grado	L'Assistito non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale	Punteggio 10	

Data compilazione: _____

Firma del Medico curante: _____