

[Fac-simile]

ALLEGATO ASL

Azienda Asl _____
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" e del Decreto Ministeriale 13 gennaio 2011 "Individuazione delle apparecchiature medico-terapeutiche alimentate ad energia elettrica necessarie per il mantenimento in vita di persone in gravi condizioni di salute"

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

codice fiscale

domicilio situato in Comune _____ (prov.____) via/piazza
_____ n° civico _____,

è persona in gravi condizioni di salute tali da richiedere l'utilizzo presso il proprio domicilio di apparecchiature medico-terapeutiche necessarie per la sua esistenza in vita e alimentate ad energia elettrica indicate all'elenco sottostante.

Ai fini di cui all'oggetto è necessario indicare per ciascuna apparecchiature il numero di ore medie giorno di utilizzo.

Funzioni/Apparecchiature	Fino a 8 ore al giorno	Tra 8 ore e 16 ore al giorno	Oltre 16 ore al giorno
FUNZIONE CARDIO RESPIRATORIA			
1. apparecchiature per pressione positiva continua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ventilatori polmonari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. polmoni d'acciaio			<input type="checkbox"/>
4. tende per ossigeno terapia			<input type="checkbox"/>
5. concentratori di ossigeno fissi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. concentratori di ossigeno portatili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. aspiratori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. monitor multiparametrici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. pulsossimetri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FUNZIONE RENALE			
10. apparecchiature per la dialisi peritoneale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. apparecchiature per emodialisi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FUNZIONE ALIMENTARE			
12. nutripompe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. pompe d'infusione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. pompe a siringa*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*funzionamento a batterie non ricaricabili

AUSILI	
15. carrozzine elettriche	<input type="checkbox"/>
16. sollevatori mobili	<input type="checkbox"/>
17. sollevatori mobili a sedili elettrici	<input type="checkbox"/>
sollevatori mobili a barella elettrici	
18. sollevatori fissi a soffitto	<input type="checkbox"/>
19. sollevatori per vasca da bagno	<input type="checkbox"/>
20. materassi antidecubito	<input type="checkbox"/>

Si certifica che l'uso di tali apparecchiature (medico-terapeutiche necessarie per la sua esistenza in vita e alimentate ad energia elettrica) ha avuto inizio in data ____/____/____

(Luogo, data)

(Firma e Timbro)

**BONUS SOCIALE PER DISAGIO FISICO PER LA FORNITURA
DI ENERGIA ELETTRICA**

Decreto interministeriale 28 dicembre 2007 e decreto del Ministro della Salute 13 gennaio 2011,
decreto del Ministero dello Sviluppo Economico 29 dicembre 2016.

Delibera dell'Autorità di Regolazione per Energia, Reti e Ambiente 402/2013/R/com e Allegato A – TIBEG,

CAMPO 4	<ul style="list-style-type: none">• Se il Richiedente è diverso dall'utilizzatore delle apparecchiature in questo campo vanno inseriti i dati dell'utilizzatore
CAMPO 5	<ul style="list-style-type: none">• Poiché coloro che sono ammessi al bonus sociale per disagio fisico, vengono anche obbligatoriamente iscritti dal distributore del servizio elettrico negli elenchi dei clienti non disalimentabili (cioè dei clienti che non possono subire distacchi programmati), al fine di avvisarli prontamente nel caso di possibili black out temporanei è necessario inserire in questo campo un recapito telefonico in cui possano sempre essere rintracciati
DOCUMENTAZIONE	
Allegato ASL	<ul style="list-style-type: none">• La domanda per essere ammessa deve essere <u>obbligatoriamente corredata</u> dalla certificazione della ASL (Allegato ASL) e dal documento di identità del richiedente.
Dichiarazione finale	<ul style="list-style-type: none">• La domanda di accesso o di rinnovo di bonus per disagio economico costituisce una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà con le conseguenze previste dalla legge nel caso di dichiarazione non veritiera;• Il richiedente si impegna a comunicare tempestivamente al Comune di residenza la variazione delle condizioni di ammissibilità.

10

**BONUS SOCIALE PER DISAGIO FISICO PER LA FORNITURA
DI ENERGIA ELETTRICA**

Decreto interministeriale 28 dicembre 2007 e decreto del Ministro della Salute 13 gennaio 2011,
decreto del Ministero dello Sviluppo Economico 29 dicembre 2016.
Delibera dell'Autorità di Regolazione per Energia, Reti e Ambiente 402/2013/R/com e Allegato A – TIBEG,

- *l'Associazione Nazionale dei Comuni Italiani, che coordina l'attività dei singoli comuni e gestisce il Sistema di gestione delle tariffe energetiche (SGAte), con sede a Roma, Via dei Prefetti, 46;*
- *l'Autorità di Regolazione per Energia Reti e Ambiente che dà attuazione alle norme istitutive del bonus con sede a Milano, Corso di Porta Vittoria 27;*
- *la Cassa per i servizi Energetici e Ambientali deputata alla raccolta dei contributi tariffari e all'erogazione delle quote spettanti ai distributori-gestori, all'erogazione del bonus ai clienti indiretti gas e al recupero delle somme indebitamente percepite, con sede a Roma in via Cesare Beccaria 94/96.*

I dati di contatto specificamente richiesti ai cittadini che presentano domanda per il bonus per disagio fisico saranno trasmessi ai distributori anche ai fini dei compiti ad essi affidati nell'ambito del Piano di Emergenza per la Sicurezza del Sistema Elettrico (PESSE).

Il dichiarante può richiedere, in qualunque momento all'Ente presso il quale ha presentato la domanda, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento ai sensi del Regolamento UE del 27 aprile 2016, n. 679 e s.m.i nonché, proporre reclamo al Garante per la Protezione dei Dati Personali ai sensi del medesimo Regolamento.

Il rifiuto o l'opposizione al trattamento dei dati contenuti nella presente istanza non consentirà di accedere al bonus sociale per disagio economico o per disagio fisico.

La presente istanza costituisce
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
AI SENSI DEGLI ARTICOLI 38 E 47 DEL DPR. n. 445/2000 E S.M.I.

(Luogo, data)

(Firma del richiedente)

**BONUS SOCIALE PER DISAGIO FISICO PER LA FORNITURA
DI ENERGIA ELETTRICA**

Decreto interministeriale 28 dicembre 2007 e decreto del Ministro della Salute 13 gennaio 2011,
decreto del Ministero dello Sviluppo Economico 29 dicembre 2016.
Delibera dell’Autorità di Regolazione per Energia, Reti e Ambiente 402/2013/R/com e Allegato A – TIBEG,

NOTE PER LA COMPILAZIONE

MODULO B – DISAGIO FISICO

Il Modulo B può essere utilizzato per richiedere il bonus sociale per disagio fisico per la fornitura elettrica qualora nella abitazione sia presente una persona in gravi condizioni di salute che utilizzi una o più delle apparecchiature elettromedicali per il mantenimento in vita elencate nel decreto del Ministro della salute 13 gennaio 2011. La gravità delle condizioni di salute e l’ utilizzo delle apparecchiature deve essere certificato dalla ASL. L’elenco delle apparecchiature è reperibile nell’ Allegato ASL.

CAMPO 1	<ul style="list-style-type: none">• Inserire i dati del Richiedente che deve coincidere con il cliente domestico a cui è intestato il contratto di fornitura di energia elettrica. Per uso domestico si intende la fornitura utilizzata in locali adibiti ad abitazione a carattere familiare.• Il Richiedente può essere diverso dal soggetto che utilizza le apparecchiature elettromedicali per il mantenimento in vita, in questo caso va compilato anche il campo 4
CAMPO 2	Compilare: <ul style="list-style-type: none">• “nuova istanza”: se il cliente richiede per la prima volta il bonus per disagio fisico;• “variazione localizzazione”: se l’utente delle apparecchiature elettromedicali si sposta in altra abitazione, e di conseguenza le apparecchiature vengono alimentate da un altro punto di prelievo (POD) sempre intestato al Richiedente. In questo caso è necessario indicare anche il numero di istanza di bonus in vigore al momento della richiesta di variazione, reperibile su una delle comunicazioni ricevute da SGATE o presso il Comune presso cui si è presentata la domanda originaria o il CAF.• “variazione delle apparecchiature o dell’intensità di utilizzo”: se cambia il tipo di apparecchiature elettromedicali utilizzate, il loro numero o le ore di utilizzo medie giornaliere.
CAMPO 3	<ul style="list-style-type: none">• la localizzazione delle apparecchiature elettromedicali deve coincidere con il punto di prelievo (POD) corrispondente al contratto di fornitura del Richiedente;• inserire il numero di persone che vivono abitualmente con il malato.• Il “POD” e’ un codice composto da lettere e numeri che identifica in modo certo il punto fisico in cui l’energia viene consegnata dal fornitore e prelevata dal cliente finale. Inizia con le lettere IT..... seguite da numeri e lettere. E’ reperibile in bolletta.• La “potenza impegnata” è reperibile in bolletta ed è espressa in kW;