

**RICHIESTA DI SUPPORTO ECONOMICO PER PAZIENTI CON CARDIOMIOPATIA E
LORO FAMILIARI**

NOME/ COGNOME _____

Via _____, n. _____

Cap. _____ Città _____

C.F. _____

Luogo e data di Nascita _____

Spett.le

AICARM APS
Via dello Studio 5
50123 Firenze

Ogg. Richiesta di contributo a sostegno di pazienti e loro familiari

In qualità di paziente / familiare di paziente, con la presente sono a richiedere un sostegno per le spese sostenute e qui di seguito certificate.

A tale scopo, come da Regolamento di AICARM, allego la seguente documentazione:

- Certificazione attestante la diagnosi di Cardiomiopatia;
- Attestazione di reddito non superiore a 15.000 € tramite modello ISEE in corso di validità;
- Documentazione comprovante le spese sostenute per visite mediche, esami diagnostici, interventi chirurgici, riabilitazione, viaggi verso le strutture di cura etc;
- Consenso al trattamento dei dati (sottoscrizione Informativa privacy).

Come segue:

DATA	GIUSTIFICATIVO	NOTE	IMPORTO €
		TOTALE	

In Fede

Luogo e data _____

Firma _____

NOTE:

Si ricorda che il presente modulo, adeguatamente firmato e compilato, dovrà essere all'AICARM all'indirizzo mail supporto@aicarm.it

Le domande saranno esaminate da una specifica commissione composta da membri del Consiglio Direttivo di AICARM che terrà conto dei seguenti criteri di valutazione e della presenza dei requisiti richiesti:

- *Gravità della cardiomiopatia*
- *Condizioni economiche del richiedente*
- *Spese sostenute per le cure*
- *Modello Privacy sottoscritto*

La commissione avrà cura di comunicare ai richiedenti l'esito della valutazione.

Gli aiuti economici sopra indicati verranno erogati solo a titolo di rimborso delle spese già sostenute per le cure, in ogni caso fino ad un massimo di 500€ per paziente e/o richiesta, salvo diversa determinazione del Consiglio direttivo.

Il Consiglio Direttivo di anno in anno determina l'importo complessivo da destinare alle erogazioni e le domande saranno accettate fino alla concorrenza di tale importo.