

Opera Nazionale di Assistenza per il personale del
Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco

(Eretta in Ente Morale con D.P.R. 30 Giugno 1959, n. 630)
presso il MINISTERO DELL'INTERNO

LETTERA CIRCOLARE N. 4 Δ
PROT N. 914

Roma, 30/05/2008

All'Ufficio del Vice Capo Dipartimento Vicario
Capo del C.N.VV.F.

Al Gabinetto del Capo Dipartimento

Alla Direzione Centrale per la Difesa Civile
e le Politiche di Protezione Civile

Alla Direzione Centrale per l'Emergenza e
il Soccorso Tecnico

Alla Direzione Centrale per la Prevenzione
e la Sicurezza Tecnica

Alla Direzione Centrale per la Formazione

Alla Direzione Centrale per le Risorse
Umane

Alla Direzione Centrale per le Risorse
Finanziarie

Alla Direzione Centrale per gli Affari
Generali

Alla Direzione Centrale per le Risorse
Logistiche e Strumentali

All'Ufficio Centrale Ispettivo

All'Ufficio Affari Legislativi e
Parlamentari

All'Ufficio Pianificazione e
Programmazione

All' Ufficio Valutazione

OPERA NAZIONALE DI ASSISTENZA PER IL PERSONALE DEL CORPO

NAZIONALE DEI VIGILI DEL FUOCO

(Eretta in Ente morale con D.P.R. 30 Giugno 1959 n. 630)

Seguito al n.

del

All'Ufficio Sanitario

All'Ufficio Controllo di Gestione

All'Ufficio per la Sicurezza degli Uffici
Centrali del Ministero dell'Interno

All'Ufficio per le Attività Sportive

Alle Direzioni Regionali ed Interregionali
LORO SEDI

Agli Uffici Ispettivi Settentrionale,
Centrale e Meridionale
LORO SEDI

Ai Comandi Provinciali VV.F.
LORO SEDI

Al Sig. Comandante del Corpo Permanente
di
TRENTO

Ai Sigg. Referenti dell'Opera presso le
Direzioni Regionali ed Interregionali e
presso i Comandi Provinciali
LORO SEDI

OGGETTO: Interventi assistenziali in favore dei dipendenti del C.N.VVF.. e loro familiari. Nuovi criteri e massimali per i contributi straordinari e periodici in caso di decesso, grave malattia, invalidità e precarie condizioni economiche.

I seguenti nuovi criteri di massima sostituiscono ogni precedente disposizione per la concessione di interventi finanziari assistenziali in favore del personale (in servizio, cessato dal servizio e relative famiglie) appartenente al Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, con onere di spesa a carico del bilancio dell'Opera. Rientrano nella normativa prevista in questa circolare anche tutte le domande per qualsiasi motivo non ancora evase alla data del 31.05.2008 anche se relative ad eventi verificatisi in un arco temporale in cui vigevano precedenti disposizioni. Le richieste di

OPERA NAZIONALE DI ASSISTENZA PER IL PERSONALE DEL CORPO

NAZIONALE DEI VIGILI DEL FUOCO

(Eretta in Ente morale con D.P.R. 30 Giugno 1959 n. 630)

Seguito al n.

del

contributo assistenziale che possiedano i requisiti prescritti saranno valutate singolarmente da una apposita Commissione Consultiva permanente che validerà il diritto al contributo oltre che la sua quantificazione in termini economici. Le valutazioni delle richieste di contributo straordinario effettuate dall'apposita Commissione Consultiva o dal Consiglio di Amministrazione sono insindacabili da parte dei richiedenti. L'Opera si riserva sempre in casi eccezionali di derogare dai presenti criteri.

A) CONTRIBUTI A CARATTERE STRAORDINARIO

Decesso

a) Decesso del dipendente in servizio: contributo assistenziale € 4.000,00= *

b) Decesso del dipendente in quiescenza: contributo assistenziale di € 2.500,00= *

c) Decesso del vigile ausiliario nonché del personale volontario di cui all'art. 1 del D.P.R. 06.02.2004 n. 76 deceduti nell'espletamento del servizio d'istituto: contributo assistenziale di € 4.000,00= *

e) Decesso del coniuge e/o dei figli, fiscalmente a carico del dipendente e presenti nel suo stato di famiglia, contributo in favore del dipendente richiedente di € 2.500,00=.

* Le cifre predette sono aumentabili di € 1.000,00= per ogni figlio minorenni fiscalmente a carico e presente nello stato di famiglia del richiedente avente titolo.

La possibilità di richiedere il contributo si estingue decorso un anno dal decesso.

Infermità non croniche relative a specifici processi patologici e postumi d'infortunio

L'Opera interviene nel settore delle forme integrative di prevenzione e assistenza sanitaria a beneficio dei dipendenti in servizio già con una polizza sanitaria collettiva tuttavia allo scopo di soddisfare, in casi di estrema ed eccezionale gravità, ulteriormente i bisogni di assistenza sanitaria

temporanea della persona l'Opera prevede anche all'erogazione di prestazioni socio-assistenziali in denaro (contributi straordinari) a parziale copertura di:

- 1) spese fatturate esclusivamente di tipo sanitario, riferibili alle voci "assistenza sanitaria" e "funzioni assistenziali";
- 2) spese fatturate esclusivamente di tipo non sanitario riferibili alle voci "funzioni alberghiere" e "trasporto" (nella misura massima del 30%);
- 3) spese fatturate inerenti l'assistenza sanitaria non riconducibili integralmente ad una delle due categorie sopraindicate.

Sono escluse le spese sanitarie e di contorno, riferibili alle voci di cui ai punti 1), 2) e 3), sostenute dal dipendente per accedere a visite e prestazioni sanitarie attinenti a infermità e lesioni contratte in servizio e per causa di servizio, incluse le cure balneo-termali e fisico riabilitative, assoggettate al sistema di rimborso di cui al D.P.R. 3 maggio 1957, n. 686.

E' fatto obbligo di presentare idonea ed esauriente documentazione certificante la diagnosi del medico curante o specialista. Verranno prese in considerazione per l'erogazione di un contributo forfetario le sole spese fatturate sostenute inerenti la patologia che ha causato la richiesta eccedenti € 600,00=.

Per quanto riguarda i dipendenti in servizio potranno essere prese in considerazione ai fini della concessione di un contributo assistenziale straordinario esclusivamente le loro casistiche patologiche in aree critiche non ricomprese o parzialmente ricomprese tra quelle erogate nella predetta protezione assicurativa. Nei confronti dei dipendenti in quiescenza, coniugi e figli fiscalmente a carico l'Opera, sempre che non abbiano aderito alla predetta polizza sanitaria collettiva, potrà intervenire per coprire le sole spese sostenute e fatturate inerenti alle malattie o gli infortuni coperti dalla sopracitata polizza con prestazioni il cui importo non dovrà comunque superare quello della predetta polizza sanitaria.

Le prestazioni in favore di coniugi, figli o orfani fiscalmente a carico, non ricomprese nella protezione assicurativa della vigente polizza sanitaria, potranno essere valutate ferme restando nello specifico l'esclusione di richieste per contributi straordinari per visite e prestazioni di medicina e chirurgia estetica anche maxillo-facciale, visite e prestazioni odontoiatriche, protesi odontoiatriche e apparecchi ortodontici, nonché per visite e prestazioni oculistiche, per lenti, occhiali e chirurgia refrattiva corneale. Il contributo straordinario per interventi di chirurgia refrattiva corneale eseguiti da coniugi, figli o orfani fiscalmente a carico del dipendente, è assoggettato a forti limitazioni con

OPERA NAZIONALE DI ASSISTENZA PER IL PERSONALE DEL CORPO

NAZIONALE DEI VIGILI DEL FUOCO

(Eretta in Ente morale con D.P.R. 30 Giugno 1959 n. 630)

Seguito al n.

del

l'obbligo di presentare idonea documentazione rilasciata da un medico specialista oculista dipendente di struttura ospedaliera pubblica in analogia a quanto previsto dalle condizioni vigenti nella polizza sanitaria. Gli interventi per visite e prestazioni odontoiatriche sono garantiti una tantum, entro un limite di contributo € 1.000,00=, esclusivamente in conseguenza di infortuni documentati dal pronto soccorso ospedaliero pubblico territoriale.

Il contributo assistenziale straordinario sarà determinato sulla base delle spese sanitarie e delle eventuali prestazioni di "contorno" indispensabili, documentate ed effettivamente sostenute per l'assistenza e le cure finalizzate al processo di recupero fisico e mentale attinente ad una condizione patologica centrata su una specifica menomazione o lesione o infermità comprovata da certificazione medica che puntualizzi la diagnosi della specifica condizione patologica causa di menomazione o lesione o infermità oggetto della richiesta di contributo straordinario, sempre che questo non si evinca dalla documentazione sanitaria presentata. La certificazione deve attestare l'appropriatezza e la necessità delle cure stesse. Riguardo alla documentazione delle spese di natura sanitaria non vengono prese in considerazione documentazioni di spesa che non sono rilasciate nell'esercizio di impresa o di professione sanitaria (come ad es. le semplici ricevute redatte da operatori non sanitari). La documentazione di spesa, costituita da fatture o documenti equipollenti direttamente connessa con lo stato di infermità, deve essere presentata in originale e deve essere in regola sotto il profilo fiscale. La misura del contributo è in relazione sia alle disponibilità di bilancio dell'Opera che alla misura dei redditi dell'intero nucleo familiare degli interessati ed è calcolato al netto di eventuali rimborsi ottenuti da enti pubblici o privati e varia comunque in relazione alla gravità dell'infermità e in rapporto alla natura delle cure e dell'assistenza praticate.

Il contributo sarà erogabile una sola volta per assistito per anno finanziario.

B) SOVVENZIONI A CARATTERE STRAORDINARIO

Precarie condizioni economiche.

I dipendenti, le vedove o gli orfani, fiscalmente a carico, di dipendenti V.V.F. deceduti che versino in comprovate condizioni di precarietà economica (reddito annuo lordo inferiore a € 12.000,00=) possono presentare domanda per una sovvenzione a carattere straordinario. Nel caso nel nucleo familiare dell'avente diritto sia presente un figlio fiscalmente a carico il limite reddituale per l'accesso al beneficio è elevato a € 18.000,00=.

L'Opera stabilirà ogni anno l'entità massima della sovvenzione da erogare nei singoli casi.

C) CONTRIBUTI A CARATTERE PERIODICO

Infermità croniche relative a specifici processi patologici ed esiti d'infortunio stabilizzati o ingravescenti.

L'Opera provvede con un contributo annuo all'erogazione in forma forfetaria di prestazioni socio-assistenziali in denaro (contributi periodici) a parziale copertura delle spese ordinarie per invalidità, allo scopo di soddisfare i bisogni di assistenza sanitaria permanente della persona, evitando il ricorso da parte dei diretti interessati all'iter previsto dall'Opera alla voce contributi straordinari per infermità o infortuni.

Per le infermità croniche relative a specifici processi patologici ed esiti d'infortunio stabilizzati o ingravescenti l'Opera procede ad accertare attraverso l'esame dell'apposita Commissione Consultiva l'inquadrabilità o meno delle singole fattispecie nelle categorie di malattia previste dal regolamento vigente in materia (A, B, C, D) che determinano grave compromissione di organi od apparati e dell'autonomia personale con gravi limitazioni delle attività e della partecipazione alla vita comunitaria. I richiedenti dovranno presentare ogni anno 1) apposita domanda di contributo "periodico", 2) certificato di esistenza in vita, 3) scheda sanitaria di controllo per l'accertamento dello stato di malattia e di verifica della permanenza dello stato di malattia con timbro e firma del medico curante dell'Azienda USL competente per territorio, idonea a comprovare la diagnosi della specifica condizione patologica causa di grave compromissione funzionale di organi od apparati e dell'autonomia personale e 4) relativa documentazione sanitaria. L'entità del contributo viene stabilito/confermato dall'apposita Commissione consultiva permanente ed è determinato in riferimento alla gravità dell'infermità, alla compromissione di organi od apparati, all'assenza o carenza di autonomia personale nell'assolvimento delle principali attività e dei bisogni fisici, al carattere di persistente cronicità circoscritta a specifici processi morbosi, al tipo di assistenza e cure necessarie e ad eventuali altre notizie che si evincono dalla cennata scheda sanitaria.

L'importo dovrà essere, altresì, singolarmente quantificato in relazione oltre che alla categoria di inquadramento alle disponibilità di bilancio dell'Opera.

Possono accedere al contributo esclusivamente:

- a) il dipendente in quiescenza, riconosciuto invalido civile con totale e permanente inabilità lavorativa (100%) e cui non sia riconosciuta l'indennità di accompagnamento (con esclusione

OPERA NAZIONALE DI ASSISTENZA PER IL PERSONALE DEL CORPO

NAZIONALE DEI VIGILI DEL FUOCO

(Eretta in Ente morale con D.P.R. 30 Giugno 1959 n. 630)

Seguito al n.

del

tassativa di altre invalidità) con la previsione di un importo pari al 50% di quello percepito da analogo assistito che non sia stato dipendente del Corpo Nazionale;

b) il coniuge del dipendente in servizio, in quiescenza o deceduto,* riconosciuto invalido civile permanentemente nella fascia 74-100%, incollocato al lavoro, purché non disponga di un reddito personale lordo eccedente € 12.000,00 (compresi assegni, sussidi, rendite, indennità ed eventuali pensioni privilegiate di cui sopra);

c) i figli minori di anni 18, fiscalmente a carico del dipendente in servizio, in quiescenza o deceduto,* che presentino difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età.

Nel caso degli aventi diritto di età superiore ai 18 anni il contributo sarà concesso a coloro che sono riconosciuti invalidi civili permanentemente nella fascia 74-100%, incollocati al lavoro, purché non dispongano di un reddito personale lordo eccedente € 12.000,00 (compresi assegni, sussidi, rendite, indennità ed eventuali pensioni privilegiate di cui sopra);

d) i figli minori fiscalmente a carico del dipendente in servizio, in quiescenza o deceduto,* nei confronti dei quali non sia stato ancora pronunciato il grado di invalidità ma per cui sia attestata la presentazione di domanda per il riconoscimento dell'invalidità civile e la cui patologia sia tra quelle prese in considerazione nei casi di cui ai precedenti punti a), b), c), d).

* Nel caso il dipendente fosse deceduto l'istanza potrà essere avanzata dagli aventi titolo al cui reddito si deve fare riferimento.

Gli assistiti dell'ONA sono pregati di fornire le notizie richieste nella maniera più completa possibile al fine di consentire più appropriate valutazioni da parte dell'apposita Commissione. Sarà cura dei referenti dell'Opera controllare la conformità delle istanze alle disposizioni della presente circolare. Nel caso di rinnovo annuale dei contributi periodici, da effettuarsi entro il 30 giugno di ogni anno, le domande dei dipendenti di ciascun comando dovranno essere inviate all'Opera con un plico unico accompagnato da un elenco nominativo.

In attuazione della circolare è approvato anche l'elenco delle patologie presentate in prospetto rispetto alle quali è esclusa la riproposizione annuale della scheda sanitaria e della documentazione sanitaria idonea a comprovare la diagnosi della specifica condizione patologica causa di grave compromissione funzionale di organi o apparati e dell'autonomia personale, ferma restando la

necessità di presentare la domanda di contributo “periodico” in favore del soggetto portatore di menomazione o patologia stabilizzata o ingravescente che ha dato luogo al contributo periodico.

L’elenco viene rivisto con cadenza annuale.

I soggetti affetti da patologie o menomazioni comprese nell’elenco sono esonerati dal riproporre ogni anno la scheda sanitaria e la documentazione sanitaria di verifica sulla permanenza delle menomazioni o patologie stabilizzate o ingravescenti.

In fase di prima applicazione della presente circolare le domande per l’anno 2008 dovranno essere ripresentate con le relative certificazioni ex novo.

ELENCO DELLE PATOLOGIE NEI CONFRONTI DELLE QUALI È ESCLUSO L’OBBLIGO DI RIPROPOSIZIONE ANNUALE DELLA SCHEDA SANITARIA E DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA IDONEA A COMPROVARE LA DIAGNOSI DELLA SPECIFICA CONDIZIONE PATOLOGICA CAUSA DI GRAVE COMPROMISSIONE DI ORGANI O APPARATI E DELL’AUTONOMIA PERSONALE

1. Insufficienza cardiaca in IV classe NHYA refrattaria a terapia;
2. Insufficienza respiratoria in trattamento continuo di ossigenoterapia o ventilazione meccanica;
3. Perdita della funzione emuntoria del rene, in trattamento dialitico, non trapiantabile;
4. Perdita anatomica o funzionale bilaterale degli arti superiori e/o degli arti inferiori;
5. Menomazioni dell’apparato osteo-articolare, non emendabili, con perdita o gravi limitazioni funzionali analoghe al punto 2 e/o 4 e/o 8;
6. Epatopatia con compromissione persistente del sistema nervoso centrale e/o periferico, non emendabile con terapia farmacologica e/o chirurgica;
7. Patologia oncologica con compromissione secondaria di organi o apparati;
8. Patologie e sindromi neurologiche di origine centrale o periferica (come al punto 4): atrofia muscolare progressiva, atassie, afasie, lesione bilaterale combinate dei nervi cranici con

OPERA NAZIONALE DI ASSISTENZA PER IL PERSONALE DEL CORPO

NAZIONALE DEI VIGILI DEL FUOCO

(Eretta in Ente morale con D.P.R. 30 Giugno 1959 n. 630)

Seguito al n.

del

deficit della visione, deglutizione, fonazione o articolazione del linguaggio, stato comiziale con crisi plurisettimanali refrattarie al trattamento;

9. Patologie cromosomiche e/o genetiche e/o congenite con compromissione d'organo e/o apparato che determinano una o più menomazioni contemplate nel presente elenco;
10. Patologie mentali dell'età evolutiva e adulta con gravi deficit neuropsichico e della vita di relazione;
11. Deficit totale della visione;
12. Deficit totale dell'udito congenito o insorto nella prima infanzia.

WWW.CONAPO.IT

OPERA NAZIONALE DI ASSISTENZA PER IL PERSONALE DEL CORPO

NAZIONALE DEI VIGILI DEL FUOCO

(Eretta in Ente morale con D.P.R. 30 Giugno 1959 n. 630)

Seguito al n.

del

SCHEDA SANITARIA

INFERMO

COGNOME E NOME _____ DATA DI NASCITA _____

DOMICILIO _____

CAP _____ CITTÀ _____ TELEFONO _____

ASSISTITO DELL'ONA

COGNOME E NOME _____

DATA DI NASCITA _____

COMANDO DI APPARTENENZA _____

PARENTELA _____ DELL'ASSISTITO DELL'ONA

DESCRIZIONE DELLE INFERMITÀ

.....
.....
.....
.....
.....

CENNI SUL DECORSO DELLE INFERMITÀ

.....
.....
.....

GRADO DI COMPROMISSIONE DELL'AUTONOMIA PERSONALE

.....
.....
.....
.....

OPERA NAZIONALE DI ASSISTENZA PER IL PERSONALE DEL CORPO

NAZIONALE DEI VIGILI DEL FUOCO

(Eretta in Ente morale con D.P.R. 30 Giugno 1959 n. 630)

Seguito al n.

del

TIPO DI CURE NECESSARIE

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

TIPO DI ASSISTENZA NECESSARIA

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

L'INFERMITÀ È SUSCETTIBILE DI MIGLIORAMENTO NEL TEMPO

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

EVENTUALI ALTRE NOTIZIE

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

SCHEDA NOTIZIE

ASSISTITO DELL'ONA

INFERMO

1. DA QUANTI ANNI È AFFETTO DALL'INFERMITÀ: _____

2. GRADO DI AUTOSUFFICIENZA:

- È ALLETTATO _____ DEAMBULA AUTONOMAMENTE _____

- È AUTONOMO
NEI BISOGNI CORPORALI: _____

NELL'ALIMENTARSI: _____

NEL VESTIRSI: _____

3. RICOVERI PRESSO OSPEDALI E/O CASE DI CURA PER L'INFERMITÀ SPECIFICA:

4. VIVE IN CASA: DA SOLO _____ CONVIVE CON L'ASSISTITO _____ PRESSO _____

5. NECESSITA DEL SEGUENTE TIPO DI ASSISTENZA:

CON QUALE FREQUENZA: _____

CON QUALI COSTI: _____

Dichiaro, sotto la mia responsabilità, che le notizie fornite rispondono a verità.

Firma dell'assistito dell'O.N.A.

....., li.....

C) DISPOSIZIONI COMUNI ED ALTRA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

- a) Gli importi degli interventi assistenziali straordinari, esclusi i casi di decesso, non potranno superare l'importo unitario annuo di € 6.000,00. In casi di particolare gravità e di ingenti spese l'istanza potrà essere sottoposta alla valutazione del Consiglio di Amministrazione per un eventuale ulteriore contributo;
- b) I contributi possono essere richiesti dal dipendente, in servizio o in quiescenza nonché dai vigili ausiliari, nonché dal personale volontario nei periodi di richiamo in servizio con copertura dei tempi itineranti nonché dalle vedove e dagli orfani dei dipendenti o da altri aventi titolo;
- c) Sono tassativamente esclusi i contributi aventi per causale familiari diversi dal coniuge e dai figli ancorché conviventi ed a carico del dipendente;
- d) Nei casi controversi (ad esempio figli di famiglie separate) la domanda dovrà essere prodotta dal dipendente. Nel caso il dipendente non produca la domanda questa può essere avanzata dal coniuge o dal tutore attraverso il Comando competente.
- e) Per i soli contributi straordinari è ammessa la produzione a giustificazione anche di spese effettuate nell'anno precedente quello della richiesta. Non saranno prese in considerazione richieste di retroattività dei benefici per contributi periodici. Ugualmente non saranno prese in considerazione istanze di contributo straordinario per decessi avvenuti da oltre 12 mesi precedenti quello della richiesta. Non saranno prese in considerazione domande di rinnovo del contributo periodico non prodotte presso i Comandi, entro il termine annuo del 30 giugno, come da protocollo, e non incluse nell'elenco complessivo da allegare alla lettera di trasmissione delle domande.
- f) Il contributo assistenziale non può essere richiesto per circostanze in cui intervengano altri enti assicurativi, assistenziali o previdenziali;

OPERA NAZIONALE DI ASSISTENZA PER IL PERSONALE DEL CORPO

NAZIONALE DEI VIGILI DEL FUOCO

(Eretta in Ente morale con D.P.R. 30 Giugno 1959 n. 630)

Seguito al n.

del

g) I beneficiari del contributo periodico non possono nello stesso anno usufruire di contributi a carattere straordinario e viceversa per la medesima causale;

h) Le domande dovranno essere inoltrate solamente mediante gli allegati modelli da compilarsi in ogni loro parte e dovranno pervenire all'Opera Nazionale esclusivamente tramite gli Uffici ed i Comandi in indirizzo, corredate dalla seguente documentazione:

1) autocertificazione della data di nascita e della residenza e del codice fiscale del richiedente utilizzando la modulistica in allegato;

2) certificato stato di famiglia;

3) in caso di decesso, certificato di morte, fatture delle spese sostenute e, se presenti nel nucleo familiare minori, stato di famiglia;

4) documentazione sanitaria attestante la diagnosi della malattia e dell'infortunio oppure documentazione attestante la particolare situazione che ha costituito motivo dell'istanza;

5) copia conforme all'originale (a cura del Comando con firma leggibile di chi procede alla copia conforme) delle spese sostenute in conseguenza della causale che ha motivato la richiesta di sovvenzione assistenziale e qualora si tratti di valuta straniera anche l'esatto corrispettivo dell'importo in euro secondo il cambio al momento della spesa. Qualora la documentazione consista in scontrini farmaceutici, gli stessi devono essere in originale e spillati sulla ricetta medica con il nome del paziente e le relative fustelle il cui totale deve ovviamente coincidere con quello degli scontrini;

6) in caso di ricovero all'estero, dichiarazione dell'avvenuto rilascio o meno da parte della A.S.L. di appartenenza dell'apposito nulla-osta e indicazione dell'entità dell'eventuale contributo già percepito o da percepire;

7) documentazione fiscale (Mod. Unico o Cud) da cui si evinca il reddito complessivo annuo dell'intero nucleo familiare. In particolare è richiesto di produrre certificazione cumulativa delle varie indennità percepite a vario titolo e rappresentate da assegni, sussidi, rendite, indennità (indennità di accompagnamento per invalidi totalmente inabili ex l. n. 508/1988, indennità di comunicazione ex l. n. 508/1988, indennità di frequenza ex l. n. 289/1990, indennità cumulativa per pluriminorati), eventuali pensioni privilegiate e prestazioni previdenziali varie già corrisposte da istituzioni ed enti pubblici come pensioni sociali, pensioni di guerra, pensioni agli invalidi civili, pensioni ai ciechi, pensioni ai sordomuti da parte della persona in favore della quale viene richiesto il contributo assistenziale.

8) per i richiedenti l'ammissione al contributo periodico annuo, copia autenticata (non sostituibile da autocertificazioni o copie conformi) del verbale di riconoscimento dell'invalidità civile (con esclusione di certificazioni ex lege 104/92) o della sentenza del Tribunale, o in alternativa, per i soli figli minori, copia autentica della richiesta di visita per il riconoscimento dell'invalidità civile inoltrata alla Asl competente;

i) non verranno prese in considerazione neppure ai fini di una risposta negativa le istanze, comunque inoltrate, aventi per oggetto causali e soggetti non contemplati nella presente circolare, prive di tutta o in parte la documentazione richiesta o, infine, non compilate sui moduli allegati o in maniera incompleta (con rimandi generici a documenti allegati o in possesso dell'Opera o dell'Amministrazione) o infine fatte pervenire non attraverso i Comandi e gli uffici del Corpo Nazionale.

l) della documentazione inviata a corredo delle domande non può essere richiesta la restituzione anche in caso di mancato accoglimento

OPERA NAZIONALE DI ASSISTENZA PER IL PERSONALE DEL CORPO

NAZIONALE DEI VIGILI DEL FUOCO

(Eretta in Ente morale con D.P.R. 30 Giugno 1959 n. 630)

Seguito al n.

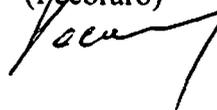
del

m) Il richiedente l'intervento assistenziale a carattere straordinario o periodico autorizza per iscritto, con modulo da allegarsi alla domanda, l'Opera ad effettuare le opportune verifiche presso le Compagnie di Assicurazione, le UUSSLL e ogni altro organismo o ente pubblico o privato al fine di accertare i rapporti assicurativi/assistenziali intrattenuti, i rimborsi già ottenuti e quelli da ricevere, i contributi ricevuti o in corso di liquidazione e ogni altra notizia necessaria alla istruttoria della domanda di contributo. Il richiedente si impegna, a tale proposito, a fornire ogni collaborazione atta a facilitare e/o ottenere l'accertamento delle notizie necessarie all'Opera.

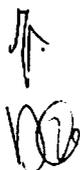
Si prega di portare a conoscenza del personale, nelle forme ritenute più idonee, il testo della presente circolare.

IL PRESIDENTE

(Pecoraro)



WWW.COMAPPO.IT



MODULO PER CONTRIBUTO STRAORDINARIO (da inviare esclusivamente tramite Comando)
(Cancellare le parole e le frasi che non interessano integrando ove necessario)

all. A

All'Opera Nazionale di Assistenza per il Personale
 del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco
 Via Cavour, 5 00184 - ROMA

QUALIFICA, COGNOME E NOME: _____

DATA DI NASCITA: _____ LUOGO: _____ ()

CODICE FISCALE: _____ dipendente (in servizio) (in quiescenza)

vedovo/a (con diritto a pensione di reversibilità) (senza diritto a pensione di reversibilità)

(fare una X sulla casella interessata) Reddito complessivo nucleo familiare relativo scorso anno: € _____

RESIDENZA (via/piazza, num. civico e città) _____

TELEFONO _____ COMANDO PROVINCIALE VV.F. di _____

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE:

Coniugata/o..... Vedovo/a..... Celibe/Nubile..... Divorziato/a/Separato/a.....
 ed ha n. figli, rispettivamente di anni....
 sono a carico moglie/marito..... figlio/a/i/e.....

CAUSALE DELLA RICHIESTA DI INTERVENTO ASSISTENZIALE:

malattia..... figlio/a..... coniuge..... richiedente.....
 Intervento chirurgico figlio/a..... coniuge..... richiedente.....
 Infortunio..... Decesso..... in data.....
 Precarie condizioni economiche

Diagnosi: _____

ENTITA' DELLE SPESE MEDICHE DOCUMENTATE (non compilare il rendiconto che segue in caso di richiesta per decesso o precarie condizioni economiche):

Spese per visite mediche	€.
Spese soggiorno	€.
Spese viaggi aerei	€.
Spese viaggi ferroviari	€.
Spese viaggi autostrada	€.
Spese alloggio	€.
Spese sanitarie	€.
Spese intervento chirurgico	€.
Spese per esami specialistici (esclusi tickets)	€.
Spese per tickets vari	€.
Spese di fisioterapia	€.
Spese di degenza	€.
Altre spese (specificare: _____)	€.
TOTALE	€.

 (firma del richiedente)

segue retro

Interventi assistenziali già concessi (negli ultimi 5 anni):

Data Importo €

Dichiara inoltre di non avere percepito né di dover percepire per la medesima causale analogo contributo o rimborso da parte di altri Enti o società assicurative e, in particolare, dalla Società con la quale l'Opera ha stipulato la polizza assicurativa.

Il sottoscritto si avvale nella presente richiesta delle disposizioni di cui al D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (artt. 483, 495, 496 del Codice penale e successive modificazioni ed integrazioni) nonché della facoltà di codesto Ufficio di effettuare le opportune verifiche e richieste di documenti e certificazioni. Si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente ogni variazione che sopraggiunga prima dell'erogazione del contributo in oggetto.

Consente infine al trattamento dei dati anche sensibili di cui al Decreto legislativo 30/06/2003, n. 196 (G.U. 29/07/03, Serie gen. n. 174, Suppl. ord. n. 123/L) che gli sono richiesti e che verranno utilizzati esclusivamente per lo scopo di cui alla presente istanza. Il sottoscritto dichiara, inoltre, di essere a conoscenza dei propri diritti ex Decreto legislativo 30/06/2003, n. 196 e che il titolare del trattamento dei dati è il Presidente dell'Opera e il responsabile è Segretario Generale dell'Opera.

IN FEDE,

_____, li _____
(luogo e data)

(firma del richiedente)

(Firma, relativamente al trattamento dei dati sensibili di cui Decreto legislativo 30/06/2003, n. 196, del familiare affetto da malattia cui l'istanza è riferita, se maggiorenne ed in grado di firmare, altrimenti il richiedente riapponga la propria firma)

N.B. Per completare l'atto è necessario firmare di fronte al funzionario incaricato. Non verranno prese in considerazione neppure ai fini di una risposta negativa le istanze, comunque inoltrate, aventi per oggetto causali e soggetti non contemplati nella circolare vigente in materia di contributi assistenziali, prive di tutta o in parte la documentazione a corredo richiesta o, infine, compilate in maniera incompleta (con rimandi generici a documenti allegati o in possesso dell'Opera o dell'Amministrazione), non attraverso il presente modulo o fatte pervenire non attraverso i Comandi e gli uffici del Corpo Nazionale.

MODULO PER CONTRIBUTO PERIODICO (da inviare esclusivamente tramite Comando) all. B

All'Opera Nazionale di Assistenza per il
Personale del Corpo Nazionale dei Vigili del
Fuoco
Via Cavour, 5
00184 - ROMA

Istruzioni per la compilazione:

- **La domanda va inviata esclusivamente tramite Comando di appartenenza, in caso di rinnovo entro il 30 giugno dell'anno precedente**

(Cancellare le parole e le frasi che non interessano integrando ove necessario)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

(Qualifica)

fare una X sulla casella interessata: (in servizio) (in quiescenza)

vedova/o (con diritto a pensione di reversibilità) (senza diritto a pensione di reversibilità)

COMANDO (o ultima sede di servizio) _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

RESIDENTE IN _____

VIA/PIAZZA _____

N. _____

TELEFONO _____

CODICEFISCALE _____

(numero completo di prefisso)

CHIEDE

ai sensi della circolare n. _____ la concessione/il rinnovo per l'anno _____ del contributo assistenziale periodico, già concesso in passato ed ottenuto per la prima volta nell'anno _____ in favore del congiunto:

NOME, COGNOME _____

GRADO DI PARENTELA CON IL RICHIEDENTE _____

DI ANNI _____

(indicare se coniuge, figlio o figlia con tassativa esclusione di familiari diversi)

affetto da malattia invalidante come da certificazione autenticata per copia conforme in allegato/già inviata in passato a codesto Ufficio - che peraltro la può nuovamente richiedere in qualsiasi momento - e riconosciuto invalido civile con grado di invalidità del _____ %

(scrivere la percentuale) (per i minori scrivere di seguito la dizione riportata nel certificato) (aggiungere anche eventuali riconoscimenti ex lege 104/92 indicando il grado)

(firma del richiedente)

segue retro

Nel caso di minore in attesa di riconoscimento fare una x sulla casella e compilare la riga sottostante.....

Domanda per il riconoscimento dell'invalidità civile presentata alla ASL _____ in data _____.

Dichiara sotto la propria personale responsabilità che non sono intervenute variazioni nelle condizioni che hanno consentito l'erogazione in passato del contributo assistenziale in oggetto. Il sottoscritto si avvale nella presente richiesta delle disposizioni di cui al D.P.R. 28 dicembre 2000 n.

445 consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (artt. 483, 495, 496 del Codice penale e successive modificazioni ed integrazioni) nonché della facoltà di codesto Ufficio di effettuare le opportune verifiche e richieste di documenti e certificazioni. In particolare dichiara che il congiunto è vivente; non svolge attività lavorativa; è fiscalmente a carico di _____; nello scorso anno il suo reddito personale è ammontato ad € _____; ha percepito € _____ per pensione di invalidità civile ed € _____ per assegno di accompagnamento; non ha subito nuove visite che hanno ridotto o annullato l'invalidità civile già riconosciuta; per la stessa causa non percepisce analoghe sovvenzioni assistenziali ovvero le percepisce e sono ammontanti complessivamente nello scorso anno a € _____.

A tal fine desidera che la somma prevista sia resa esigibile (fare una X sulla relativa casella):

mediante quietanza presso una qualsiasi sede della B.N.L. secondo la	
funzione T.M. – operatore unico, codice identificazione Ente n. 1944	
mediante accredito su conto corrente	

In caso di accredito su conto corrente, si raccomanda, onde evitare disguidi, di indicare di nuovo comunque e con la massima precisione le coordinate bancarie o postali complete riempiendo le apposite caselle:	CODICE IBAN

Si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente ogni variazione che sopraggiunga prima dell'erogazione del contributo in oggetto. Consente infine al trattamento dei dati anche sensibili di cui al Decreto legislativo 30/06/2003, n. 196 (G.U. 29/07/03, Serie gen. n. 174, Suppl. ord. n. 123/L) che gli sono richiesti e che verranno utilizzati esclusivamente per lo scopo di cui alla presente istanza. Il sottoscritto dichiara, inoltre, di essere a conoscenza dei propri diritti ex Decreto legislativo 30/06/2003, n. 196 e che il titolare del trattamento dei dati è il Presidente dell'Opera e il responsabile è Segretario Generale dell'Opera.

IN FEDE,

_____, li _____

(luogo e data)

(firma del richiedente)

(Firma, relativamente al trattamento dei dati sensibili di cui Decreto legislativo 30/06/2003, n. 196, del familiare affetto da malattia cui l'istanza è riferita, se maggiorenne ed in grado di firmare, altrimenti il richiedente riapponga la propria firma)

N.B. Per completare l'atto è necessario firmare di fronte al funzionario incaricato. Non verranno prese in considerazione neppure ai fini di una risposta negativa le istanze, comunque inoltrate, aventi per oggetto causali e soggetti non contemplati nella circolare vigente in materia di contributi assistenziali, prive di tutta o in parte la documentazione a corredo richiesta o, infine, compilate in maniera incompleta (con rimandi generici a documenti allegati o in possesso dell'Opera o dell'Amministrazione), non attraverso il presente modulo o fatte pervenire non attraverso i Comandi e gli uffici del Corpo Nazionale.

MODULO PER CONTRIBUTO PERIODICO (da inviare esclusivamente tramite Comando) all. B

All'Opera Nazionale di Assistenza per il
Personale del Corpo Nazionale dei Vigili del
Fuoco
Via Cavour, 5
00184 - ROMA

Istruzioni per la compilazione:

- **La domanda va inviata esclusivamente tramite Comando di appartenenza, in caso di rinnovo entro il 30 giugno dell'anno precedente**

(Cancellare le parole e le frasi che non interessano integrando ove necessario)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

(Cognome e nome)

(Qualifica)

fare una X sulla casella interessata: (in servizio) (in quiescenza)

vedova/o (con diritto a pensione di reversibilità) (senza diritto a pensione di reversibilità)

COMANDO (o ultima sede di servizio) _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

RESIDENTE IN _____

VIA/PIAZZA _____ N. _____

TELEFONO _____ CODICEFISCALE _____

(numero completo di prefisso)

CHIEDE

ai sensi della circolare n. _____ la concessione/il rinnovo per l'anno _____ del contributo assistenziale periodico, già concesso in passato ed ottenuto per la prima volta nell'anno _____ in favore del congiunto:

NOME, COGNOME _____

GRADO DI PARENTELA CON IL RICHIEDENTE _____ DI ANNI _____

(indicare se coniuge, figlio o figlia con tassativa esclusione di familiari diversi)

affetto da malattia invalidante come da certificazione autenticata per copia conforme in allegato/già inviata in passato a codesto Ufficio - che peraltro la può nuovamente richiedere in qualsiasi momento - e riconosciuto invalido civile con grado di invalidità del _____ %

(scrivere la percentuale) (per i minori scrivere di seguito la dizione riportata nel certificato) (aggiungere anche eventuali riconoscimenti ex lege 104/92 indicando il grado)

(firma del richiedente)

segue retro

Nel caso di minore in attesa di riconoscimento fare una x sulla casella e compilare la riga sottostante.....

Domanda per il riconoscimento dell'invalidità civile presentata alla ASL _____ in data _____.

Dichiara sotto la propria personale responsabilità che non sono intervenute variazioni nelle condizioni che hanno consentito l'erogazione in passato del contributo assistenziale in oggetto. Il sottoscritto si avvale nella presente richiesta delle disposizioni di cui al D.P.R. 28 dicembre 2000 n.

445 consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (artt. 483, 495, 496 del Codice penale e successive modificazioni ed integrazioni) nonché della facoltà di codesto Ufficio di effettuare le opportune verifiche e richieste di documenti e certificazioni. In particolare dichiara che il congiunto è vivente; non svolge attività lavorativa; è fiscalmente a carico di _____; nello scorso anno il suo reddito personale è ammontato ad € _____; ha percepito € _____ per pensione di invalidità civile ed € _____ per assegno di accompagnamento; non ha subito nuove visite che hanno ridotto o annullato l'invalidità civile già riconosciuta; per la stessa causa non percepisce analoghe sovvenzioni assistenziali ovvero le percepisce e sono ammontanti complessivamente nello scorso anno a € _____.

A tal fine desidera che la somma prevista sia resa esigibile (fare una X sulla relativa casella):

mediante quietanza presso una qualsiasi sede della B.N.L. secondo la	<input type="checkbox"/>
funzione T.M. – operatore unico, codice identificazione Ente n. 1944	<input type="checkbox"/>
mediante accredito su conto corrente	<input type="checkbox"/>

In caso di accredito su conto corrente, si raccomanda, onde evitare disguidi, di indicare di nuovo comunque e con la massima precisione le coordinate bancarie o postali complete riempiendo le apposite caselle:

CODICE IBAN

Si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente ogni variazione che sopraggiunga prima dell'erogazione del contributo in oggetto. Consente infine al trattamento dei dati anche sensibili di cui al Decreto legislativo 30/06/2003, n. 196 (G.U. 29/07/03, Serie gen. n. 174, Suppl. ord. n. 123/L) che gli sono richiesti e che verranno utilizzati esclusivamente per lo scopo di cui alla presente istanza. Il sottoscritto dichiara, inoltre, di essere a conoscenza dei propri diritti ex Decreto legislativo 30/06/2003, n. 196 e che il titolare del trattamento dei dati è il Presidente dell'Opera e il responsabile è Segretario Generale dell'Opera.

IN FEDE,

_____, li _____

(luogo e data)

(firma del richiedente)

(Firma, relativamente al trattamento dei dati sensibili di cui Decreto legislativo 30/06/2003, n. 196, del familiare affetto da malattia cui l'istanza è riferita, se maggiorenne ed in grado di firmare, altrimenti il richiedente riapponga la propria firma)

N.B. Per completare l'atto è necessario firmare di fronte al funzionario incaricato. Non verranno prese in considerazione neppure ai fini di una risposta negativa le istanze, comunque inoltrate, aventi per oggetto causali e soggetti non contemplati nella circolare vigente in materia di contributi assistenziali, prive di tutta o in parte la documentazione a corredo richiesta o, infine, compilate in maniera incompleta (con rimandi generici a documenti allegati o in possesso dell'Opera o dell'Amministrazione), non attraverso il presente modulo o fatte pervenire non attraverso i Comandi e gli uffici del Corpo Nazionale.

OPERA NAZIONALE DI ASSISTENZA PER IL PERSONALE DEL CORPO

NAZIONALE DEI VIGILI DEL FUOCO

(Eretta in Ente morale con D.P.R. 30 Giugno 1959 n. 630)

Seguito al n.

del

SCHEMA SANITARIA

INFERMO

COGNOME E NOME _____ **DATA DI NASCITA** _____

DOMICILIO _____

CAP _____ **CITTÀ** _____ **TELEFONO** _____

ASSISTITO DELL'ONA

COGNOME E NOME _____

DATA DI NASCITA _____

COMANDO DI APPARTENENZA _____

PARENTELA _____ **DELL'ASSISTITO DELL'ONA**

DESCRIZIONE DELLE INFERMITÀ

.....
.....
.....
.....
.....

CENNI SUL DECORSO DELLE INFERMITÀ

.....
.....
.....

GRADO DI COMPROMISSIONE DELL'AUTONOMIA PERSONALE

.....
.....
.....
.....

OPERA NAZIONALE DI ASSISTENZA PER IL PERSONALE DEL CORPO

NAZIONALE DEI VIGILI DEL FUOCO

(Eretta in Ente morale con D.P.R. 30 Giugno 1959 n. 630)

Seguito al n.

del

TIPO DI CURE NECESSARIE

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

TIPO DI ASSISTENZA NECESSARIA

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

L'INFERMITÀ È SUSCETTIBILE DI MIGLIORAMENTO NEL TEMPO

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

EVENTUALI ALTRE NOTIZIE

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

OPERA NAZIONALE DI ASSISTENZA PER IL PERSONALE DEL CORPO

NAZIONALE DEI VIGILI DEL FUOCO

(Eretta in Ente morale con D.P.R. 30 Giugno 1959 n. 630)

Seguito al n.

del

SCHEDA NOTIZIE

ASSISTITO DELL'ONA

INFERMO

.....

.....

1. DA QUANTI ANNI È AFFETTO DALL'INFERMITÀ: _____

2. GRADO DI AUTOSUFFICIENZA:

- È ALLETTATO _____ DEAMBULA AUTONOMAMENTE _____

- È AUTONOMO
NEI BISOGNI CORPORALI: _____

NELL'ALIMENTARSI: _____

NEL VESTIRSI: _____

3. RICOVERI PRESSO OSPEDALI E/O CASE DI CURA PER L'INFERMITÀ SPECIFICA:

4. VIVE IN CASA: DA SOLO _____ CONVIVE CON L'ASSISTITO _____ PRESSO _____

5. NECESSITA DEL SEGUENTE TIPO DI ASSISTENZA:

CON QUALE FREQUENZA:

CON QUALI COSTI:

Dichiaro, sotto la mia responsabilità, che le notizie fornite rispondono a verità.

Firma dell'assistito dell'O.N.A.

....., li.....

