

# 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 PROT. 57

circ. 1/A

Roma. 13 GEN. 2010

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

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  
LORO SEDI

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

All' Associazione Nazionale dei VV.F. del  
Corpo Nazionale  
ROMA -  
CAPANNELLE

OGGETTO: Interventi assistenziali in favore dei dipendenti del C.N.VVF. e dei 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 a decorrere dal 1 gennaio 2010 ogni precedente disposizione per la concessione di interventi finanziari assistenziali in favore del personale (in

servizio, cessato dal servizio) appartenente al Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco e relative famiglie, con onere di spesa a carico del bilancio dell'Opera. Rientrano nelle presenti disposizioni anche tutte le domande che risultassero per qualsiasi motivo non ancora evase alla predetta data.

Le richieste di contributo assistenziale che possiedano i requisiti prescritti saranno valutate singolarmente ed in maniera anonima dall'apposita Commissione Consultiva Permanente, istituita con deliberazione n. 213/6 in data 16 giugno 2005 dal Consiglio di Amministrazione dell'Opera, che validerà il diritto al contributo oltre che la sua quantificazione in termini economici. Le valutazioni delle richieste di contributo 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 ogni qual volta lo richiederanno le circostanze, il buon senso e gli interessi morali statutariamente tutelati, trovando il solo limite rigoroso nel rispetto dei principi sostanziali costitutivi ed ispiratori della sua attività, codificati nell'atto costitutivo e nello statuto.

L'Ente si riserva inoltre di richiedere, anche a campione, ai singoli ogni ulteriore documentazione sanitaria, fiscale ed anagrafica che riterrà opportuna per la verifica delle situazioni in esame.

#### A) CONTRIBUTI A CARATTERE STRAORDINARIO

##### **Decesso**

- a) Decesso del dipendente in servizio;
- b) Decesso del dipendente in quiescenza ;
- c) Decesso del personale volontario di cui all'art. 1 del D.P.R. 06.02.2004 n. 76 deceduto nell'espletamento del servizio d'istituto;
- d) Decesso del coniuge e/o dei figli del dipendente richiedente, che siano presenti nel suo stato di famiglia e per quanto riguarda i figli che siano anche fiscalmente a carico.

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

L'Opera stabilirà ad inizio di ogni anno solare, rendendola nota con apposita lettera circolare, l'entità della sovvenzione da erogare nei casi di cui alle lettere a, b, c, d. Le cifre stabilite sono aumentabili nei casi di cui alle precedenti lettere a), b) e c) di € 1.000,00= per ogni figlio minorenni presente nello stato di famiglia storico anagrafico del deceduto.

I contributi saranno erogati alla vedova o al vedovo che abbiano sostenuto le spese funebri e che ne facciano richiesta utilizzando l'apposita modulistica (**All.ti A e F**). In mancanza del coniuge avente titolo, nei casi di cui alle lettere a), b), c) i predetti contributi potranno essere erogati agli

altri aventi titolo che abbiano sostenuto le spese funebri, previa sottoscrizione di apposita dichiarazione sostitutiva (All. F).

### **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 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, provvede anche all'erogazione di prestazioni socio-assistenziali in denaro (contributi straordinari) a parziale copertura di:

- 1) spese sanitarie documentate con fattura;
- 2) spese non sanitarie per degenza e trasporto documentate con fattura (rimborsabili nella misura massima del 30%);
- 3) eventuali altre spese documentate con fattura (soggette a valutazione in ordine alla loro ammissibilità).

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 s.m.i.. Sono, altresì, escluse le spese per eventi, come nel caso di incidenti stradali, nei quali interviene una copertura assicurativa.

E' fatto obbligo di presentare allegata alla domanda, utilizzando l'apposita modulistica (All. A), idonea ed esauriente documentazione certificante la diagnosi del medico curante o specialista. Verranno prese in considerazione solamente le spese sostenute per una sola patologia ed eccedenti € 600,00=.

Per quanto riguarda i dipendenti in servizio potranno essere prese in considerazione esclusivamente le casistiche patologiche in aree critiche non ricomprese o parzialmente ricomprese dalla polizza sanitaria sopra menzionata.

Nei confronti dei dipendenti in quiescenza, coniugi e figli fiscalmente a carico che non abbiano aderito volontariamente alla polizza, l'Opera potrà intervenire per coprire le sole spese inerenti le malattie o gli infortuni previsti dalla medesima polizza, nei limiti di importo in essa previsti.

Non sono ammesse le richieste di 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.

Sono invece ammesse le istanze per contributi straordinari per interventi di chirurgia refrattiva corneale eseguiti da coniugi, figli fiscalmente a carico del dipendente o orfani, allorché prescritte da un medico specialista oculista, dipendente da struttura ospedaliera pubblica, in analogia a quanto previsto dalla polizza sanitaria. Sono altresì concessi, una tantum, contributi per visite e prestazioni odontoiatriche esclusivamente in conseguenza di infortuni documentati dal pronto soccorso ospedaliero pubblico, entro un limite massimo di € 1.000,00=.

Il contributo assistenziale straordinario sarà determinato sulla base delle spese sostenute per l'assistenza e le cure finalizzate al processo di recupero fisico e mentale e relative ad una patologia centrata su una specifica menomazione o lesione o infermità, che sia comprovata da certificazione medica che puntualizzi la diagnosi. La certificazione deve attestare l'appropriatezza e la necessità delle cure stesse.

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.

E' calcolata 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.

Riguardo alla documentazione delle spese di natura sanitaria, verranno prese in considerazione esclusivamente documentazioni rilasciate nell'esercizio di impresa o di professione sanitaria (non saranno ammesse 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 copia conforme all'originale e deve essere in regola sotto il profilo fiscale.

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

## B) SOVVENZIONI A CARATTERE STRAORDINARIO

### **Precarie condizioni economiche.**

Possono presentare la domanda, le/i vedove/i o gli orfani/e, fiscalmente a carico, di dipendenti VV.F. deceduti (con reddito annuo lordo del nucleo familiare inferiore a € 12.000,00=). 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=.

Possono presentare inoltre domanda per una sovvenzione a carattere straordinario i dipendenti che versino in comprovate condizioni di precarietà economica.

Anche in questo caso l'Ente stabilirà ad inizio di ogni anno solare 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. Si precisa, pertanto, che i beneficiari del contributo periodico non possono usufruire nello stesso anno di contributi a carattere straordinario per la medesima causale.

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'ascrivibilità delle singole fattispecie, che determinano grave compromissione di organi od apparati e dell'autonomia personale con gravi limitazioni delle attività e della partecipazione alla vita comunitaria, in tre categorie (A, B, C). Conseguentemente vengono escluse tutte le patologie ad impronta clinica pluricausale quali le malattie degenerative e multifattoriali anche se gli interessati abbiano ottenuto il riconoscimento dell'invalidità civile nelle percentuali previste per accedere al beneficio.

Rimangono escluse dalla ascrivibilità alle citate tre categorie (A,B,C.) le istanze presentate e riferite all'anno 2009.

I richiedenti dovranno presentare ogni anno:

- 1) apposita domanda di contributo "periodico" (**All. B**);
- 2) certificato di esistenza in vita dell'avente diritto riferito all'anno della domanda;
- 3) scheda sanitaria di controllo e/o verifica dello stato di malattia munita di timbro e firma del medico curante dell'ASL, dalla quale risulti la diagnosi della specifica condizione patologica, causa di grave compromissione funzionale di organi od apparati e dell'autonomia personale (**All. D**);
- 4) scheda notizie (**All. E**);

5) documentazione sanitaria attinente.

L'entità del contributo viene stabilita/confermata dall'apposita Commissione Consultiva Permanente ed è determinata 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 morbosì, al tipo di assistenza e cure necessarie e ad eventuali altre notizie che si evincano dalla cennata scheda sanitaria.

L'importo del singolo contributo sarà quantificato sulla base della categoria di inquadramento e delle disponibilità di bilancio dell'Opera.

Possono accedere alla valutazione per la concessione del contributo esclusivamente:

- a) il dipendente in quiescenza, riconosciuto invalido civile con totale e permanente inabilità lavorativa (100%) al quale non sia riconosciuta l'indennità di accompagnamento (con esclusione di invalidità per servizio, del lavoro ecc.). L'importo del contributo da erogarsi sarà pari al 50% di quello percepito da assistito in analoghe condizioni patologiche di cui alle successive lettere b) e c);
- b) il coniuge o il figlio/a, di età superiore a 18 anni, del dipendente in servizio, in quiescenza o deceduto, riconosciuto invalido civile permanentemente nella fascia 74-100%, incollocato al lavoro e che sia convivente nel nucleo familiare del richiedente, purché non disponga di un reddito personale lordo annuo 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 e conviventi del dipendente in servizio, in quiescenza o deceduto, che presentino difficoltà persistenti, riconosciute dagli organi competenti, a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età nonché i figli minori 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).

Nei casi di cui alle lettere b) e c) ove 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 delle richieste di rinnovo annuale dei contributi periodici, da effettuarsi entro il 31 marzo di ogni anno, le domande dei dipendenti di ciascun Comando dovranno essere inviate all'Opera, corredate della anzidetta documentazione comprovante l'attualità della situazione mediante un plico unico accompagnato da un elenco nominativo.

In allegato alla presente circolare è trasmesso l'elenco delle patologie per le quali non è necessaria la riproposizione annuale della scheda sanitaria e della documentazione sanitaria (All. C) ferma restando la necessità di riproporre la domanda di contributo "periodico" (All. B) corredata del certificato di esistenza in vita dell'assistito. L'elenco viene rivisto con cadenza annuale.

#### D) DISPOSIZIONI COMUNI ED ALTRA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

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.

I contributi possono essere richiesti dal dipendente, in servizio o in quiescenza nonché dalle vedove e dagli orfani dei dipendenti o da altri aventi titolo. Relativamente al personale volontario i contributi spettano solamente per eventi verificatisi nei periodi di richiamo in servizio, compreso il tempo per gli spostamenti in "itinere".

Sono tassativamente esclusi i contributi aventi per causale eventi riguardanti familiari diversi dal coniuge e dai figli ancorché conviventi ed a carico del dipendente.

L'Opera in casi particolari (figli di famiglie separate) si riserva di valutare la possibilità di erogare il contributo al genitore affidatario, all'eventuale tutore legale, nonché direttamente al figlio invalido, ancorché non convivente del dipendente.

Per i soli contributi straordinari per infermità è ammessa a giustificazione delle spese effettuate anche documentazione riferita all'anno precedente a quello della richiesta.

Si precisa che non saranno prese in considerazione richieste retroattive rispetto alla data della domanda dei benefici per contributi periodici. Analogamente non saranno prese in considerazione istanze di contributo straordinario per decessi avvenuti da oltre 12 mesi precedenti quello della richiesta. Non saranno inoltre prese in considerazione domande di rinnovo del



contributo periodico non prodotte presso i Comandi, entro il termine annuo previsto nella presente circolare.

Il contributo assistenziale non può essere richiesto per circostanze in cui intervengano altri enti assicurativi, assistenziali o previdenziali come da dichiarazione da rendersi ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 200 n. 445.

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

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;
- 2) certificato di esistenza, in vita alla data della domanda, del congiunto per cui si richiede il contributo periodico;
- 3) certificato stato di famiglia storico anagrafico;
- 4) in caso di decesso, certificato di morte, fatture delle spese sostenute e dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (art. 47 del d.p.r. 28.12.2000, n. 445) di cui all'allegato modello;
- 5) documentazione sanitaria attestante la diagnosi della malattia e dell'infortunio oppure documentazione attestante la particolare situazione che ha costituito motivo dell'istanza;
- 6) copia conforme all'originale (anche 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 spillati in copia sulla ricetta medica con il nome del paziente e le relative fustelle il cui totale deve ovviamente coincidere con quello degli scontrini;
- 7) 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;
- 8) documentazione fiscale (Mod. Unico, 730 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.

9) per i richiedenti l'ammissione al contributo periodico annuo, copia conforme all'originale (anche a cura del Comando con firma leggibile di chi procede alla copia conforme) del verbale di riconoscimento dell'invalidità civile (con esclusione di certificazioni ex lege 104/92) o della sentenza del Tribunale completato dalla documentazione sanitaria, o in alternativa, per i soli figli minori, copia autentica della richiesta di visita per il riconoscimento dell'invalidità civile inoltrata alla Asl competente.

Resta ferma l'ulteriore documentazione richiesta per le specifiche forme di contributo.

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), con documentazione non allegata nelle forme sopradescritte, e con somme non dettagliate nell'apposita tabella del modulo o infine non fatte pervenire attraverso i Comandi e gli uffici del Corpo Nazionale.

Della documentazione inviata a corredo delle domande non può essere richiesta la restituzione anche in caso di mancato accoglimento.

Il richiedente l'intervento assistenziale a carattere straordinario o periodico autorizza per iscritto, con modulo da allegarsi alla domanda, l'Opera, che si riserva in ogni momento dell'istruttoria di richiedere agli interessati la documentazione che riterrà opportuna, ad effettuare le opportune verifiche presso le Compagnie di Assicurazione, le Asl 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  
(Tronca)



**MODULO PER CONTRIBUTO STRAORDINARIO (da inviare esclusivamente tramite Sede di appartenenza) (All. A)**  
**(Cancellare le parole e le frasi che non interessano integrando ove necessario)**

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.....	<input type="checkbox"/>	Vedovo/a.....	<input type="checkbox"/>	Celibe/Nubile.....	<input type="checkbox"/>	Divorziato/a/Separato/a.....	<input type="checkbox"/>
ed ha n.	<input type="checkbox"/>	figli, rispettivamente di anni.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
sono a carico .....		moglie/marito.....	<input type="checkbox"/>	figlio/a/i/e.....	<input type="checkbox"/>		

**CAUSALE DELLA RICHIESTA DI INTERVENTO ASSISTENZIALE:**

malattia.....	<input type="checkbox"/>	figlio/a.....	<input type="checkbox"/>	coniuge.....	<input type="checkbox"/>	richiedente.....	<input type="checkbox"/>
Intervento chirurgico	<input type="checkbox"/>	figlio/a.....	<input type="checkbox"/>	coniuge.....	<input type="checkbox"/>	richiedente.....	<input type="checkbox"/>
Infortunio.....	<input type="checkbox"/>	Decesso.....	<input type="checkbox"/>	in data.....	<input type="checkbox"/>		
Precarie condizioni economiche	<input type="checkbox"/>						

Diagnosi: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 (firma del richiedente)

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: _____ )	€.
<b>TOTALE</b>	€.

Interventi assistenziali già concessi (negli ultimi 5 anni):

Data

--	--	--	--	--	--	--	--

Importo

€.
----

\_\_\_\_\_  
(firma del richiedente)

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 )

\_\_\_\_\_

(qualifica del funzionario, e, tra parentesi, nome e cognome dello stesso)

\_\_\_\_\_

(firma per esteso del funzionario con timbro dell'ufficio)

**N.B. Per completare l'atto è necessario firmare di fronte al funzionario incaricato o in assenza allegare fotocopia del documento di identità. 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, con documentazione non allegata nelle forme previste, e con i conteggi dettagliati, o fatte pervenire infine non attraverso i Comandi e gli uffici del Corpo Nazionale.**

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 31 marzo di ogni anno e riguarda l'anno in corso

(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 \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

(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 e riconosciuto invalido  
 civile con grado di invalidità del \_\_\_\_\_%

(scrivere la percentuale) (per i minori scrivere di seguito la dizione riportata nel certificato)

\_\_\_\_\_

(firma del richiedente)

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 .....	<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 l' apposita casella:	<b>CODICE IBAN</b>

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.

\_\_\_\_\_  
(firma del richiedente)

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 )

\_\_\_\_\_

(qualifica del funzionario, e, tra parentesi, nome e cognome dello stesso)

\_\_\_\_\_

(firma per esteso del funzionario con timbro dell'ufficio)

**N.B. Per completare l'atto è necessario firmare di fronte al funzionario incaricato o in assenza allegare fotocopia del documento di identità. 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.**



**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 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.

## SCHEDA SANITARIA

(All. D)

<b>INFERMO</b>	
COGNOME E NOME _____	DATA DI NASCITA _____
DOMICILIO _____	
CAP _____	CITTÀ _____ TELEFONO _____

<b>ASSISTITO DELL'ONA</b>	
COGNOME E NOME _____	
DATA DI NASCITA _____	
COMANDO/UFFICIO DI APPARTENENZA _____	
PARENTELA _____	DELL'ASSISTITO DELL'ONA CON L'INFERMO

<b>DESCRIZIONE DELLE INFERMITÀ</b> ..... ..... ..... .....
<b>CENNI SUL DECORSO DELLE INFERMITÀ</b> ..... ..... .....
<b>GRADO DI COMPROMISSIONE DELL'AUTONOMIA PERSONALE</b> ..... ..... .....

**TIPO DI CURE NECESSARIE**

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

**TIPO DI ASSISTENZA NECESSARIA**

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

**L'INFERMITÀ È SUSCETTIBILE DI MIGLIORAMENTO NEL TEMPO**

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

**EVENTUALI ALTRE NOTIZIE**

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

**Data e firma leggibile con timbro del medico curante**

**SCHEDA NOTIZIE**

**(All. E)**

**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.....



(All. F)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

(ART. 47 DEL D.P.R. 28.12.2000, N. 445)

Io sottoscritt \_\_\_\_\_  
(cognome e nome)

nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
(luogo) (provincia)

e residente a \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_, dopo essere stat\_ ammonit\_ circa la responsabilità penale in cui si incorre in caso di dichiarazione mendace, dichiaro sotto la mia personale responsabilità che \_I\_ Signor \_\_\_\_\_

nat\_a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ con ultima residenza in via \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_ è deceduto a \_\_\_\_\_  
(indicare se coniuge o altro rapporto di parentela)

in data \_\_\_\_\_ senza aver lasciato disposizioni testamentarie, per cui in forza di legge gli succedono:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(grado di parentela, cognome e nome e data di nascita)

Dichiaro, inoltre, quanto segue:

- che nessuno degli eredi suindicati ha rinunciato all'eredità e che, oltre ai predetti, non esistono altri aventi diritto alla successione del citato defunto a qualsiasi titolo;

- che fra i coniugi suddetti non è stata mai pronunciata sentenza di separazione, né sentenza di scioglimento del matrimonio o di cessazione degli effetti civili di questo;

- che il defunto era convivente e fiscalmente a carico

(se trattasi di figlio/a)

- che le spese funebri sono state sostenute, come da documentazione allegata, da

-che, gli eredi del defunto non hanno percepito per la medesima causale (spese funebri) alcun analogo contributo assistenziale da altra istituzioni;

-che tutto quanto sopra dichiarato è a me noto per conoscenza diretta.

letto, confermato e sottoscritto

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_

(luogo e data)

\_\_\_\_\_

(firma per esteso leggibile)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

(cognome, nome e qualifica del funzionario)

ai sensi dell'art. 21 del D.P.R. 445 del 2000 attesto che il dichiarante

signor \_\_\_\_\_ identificato mediante esibizione di

\_\_\_\_\_

(estremi documento esibito)

ha, previa ammonizione sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, reso e sottoscritto in mia presenza la sua estesa dichiarazione.

\_\_\_\_\_

(luogo e data)

\_\_\_\_\_

(qualifica del funzionario, e, tra parentesi, nome e cognome dello stesso)

\_\_\_\_\_

(firma per esteso del funzionario e timbro)