

ALLEGATI



REGOLAMENTO DEL "FONDO SOLIDALE HIBISCUS"

- 1. Finalità:** Il Fondo è istituito dal Centro Medico Polispecialistico Hibiscus Medica per sostenere il diritto alla salute di persone in condizioni di temporanea difficoltà economica, coprendo parzialmente o totalmente il costo di prestazioni mediche specialistiche presso la struttura.
- 2. Destinatari:** Possono accedere al fondo i cittadini residenti nel territorio che presentino un indicatore ISEE non superiore a 10000,00€ o che si trovino in situazioni di fragilità sociale documentata (es. perdita recente del lavoro, famiglie numerose, segnalazione dei servizi sociali).
- 3. Prestazioni Ammesse:** Il fondo copre visite specialistiche e accertamenti diagnostici. Sono escluse le prestazioni puramente estetiche o non urgenti, a discrezione della direzione sanitaria.
- 4. Modalità di Erogazione:** Il contributo non viene erogato in denaro al richiedente, ma applicato come sconto o gratuità direttamente sulla prestazione effettuata presso il Centro Medico Polispecialistico Hibiscus Medica. L'importo della prestazione riguarda esclusivamente la quota spettante al medico, con esclusione della quota riservata ad Hibiscus.
- 5. Commissione di Valutazione:** Le domande sono valutate da una Commissione interna che si riunisce con cadenza settimanale. L'esito della richiesta verrà comunicato subito dopo la riunione della Commissione.
- 6. Privacy:** Tutti i dati sensibili saranno trattati nel pieno rispetto del GDPR (Reg. UE 2016/679) e utilizzati esclusivamente per la valutazione dello stato di necessità.



Modulo di Richiesta

DOMANDA DI ACCESSO AL "FONDO SOLIDALE HIBISCUS"

1. DATI DEL RICHIEDENTE (PAZIENTE)

- Nome e Cognome:

- Codice Fiscale:

- Indirizzo di Residenza:

- Telefono / Email:

2. MOTIVAZIONE DELLA RICHIESTA

- Prestazione medica richiesta:

- Motivazione (breve descrizione della situazione di necessità):

3. REQUISITI ECONOMICI / SOCIALI (Barrare la voce pertinente)

- ISEE in corso di validità inferiore a € _____ (Allegare certificazione)
- Stato di disoccupazione / Cassa integrazione (Allegare documentazione)
- Segnalazione da parte di: Medico di Base Parrocchia
 Caritas San Vincenzo Patronato

(Allegare lettera di segnalazione)

4. DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ

Il sottoscritto dichiara che le informazioni fornite sono veritiere e autorizza il Centro Medico Polispecialistico Hibiscus Medica al trattamento dei dati personali e sensibili per le finalità legate alla gestione del fondo.

Data: // _____

Firma: _____

Informativa Privacy ai sensi del Reg. UE 2016/679 (GDPR) Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'Informativa Privacy completa fornita dal Centro Medico Polispecialistico Hibiscus Medica. Autorizza espressamente il trattamento dei propri dati personali, inclusi quelli appartenenti a categorie particolari (dati sanitari e indicatori della situazione economica), al solo fine di valutare l'ammissibilità alla prestazione agevolata tramite il "Fondo Solidale Hibiscus".

Acconsento al trattamento dei dati sanitari ed economici (Obbligatorio per accedere al fondo)

Data: // _____ Firma: _____



LETTERA DI SEGNALAZIONE PER ACCESSO AL "FONDO SOLIDALE HIBISCUS"

All'attenzione della Direzione Sanitaria del Centro Medico Polispecialistico Hibiscus Medica

Oggetto: Segnalazione di paziente in condizione di fragilità per accesso a prestazione agevolata/gratuita.

Il sottoscritto (Nome e Cognome) _____ In qualità di (barrare la voce): Medico di Medicina Generale / Pediatra Responsabile di Ente del Terzo Settore (Parrocchia, Caritas, Associazione)

SEGNALA

Il/La Sig./Sig.ra _____
Nato/a a _____ il // _____ Codice Fiscale: _____

quale soggetto idoneo a beneficiare delle risorse del "**Fondo Solidale Hibiscus**" per l'erogazione della seguente prestazione medica:

(es: Visita Cardiologica, Ecografia addominale, ecc.)

MOTIVAZIONE DELLA SEGNALAZIONE: Si attesta che il soggetto sopra indicato versa in una condizione di: Grave disagio economico documentato. Temporanea difficoltà socio-economica (es. perdita del lavoro, nucleo monogenitoriale). Necessità clinica urgente in assenza di risorse per l'accesso privatistico.

DICHIARAZIONE DI RISERVATEZZA: Il sottoscritto dichiara di aver preventivamente informato l'interessato circa la presente segnalazione e di aver ottenuto il consenso al trasferimento dei dati al Centro Medico Polispecialistico Hibiscus Medica per le finalità legate all'iniziativa di solidarietà.

Luogo e Data: _____

Timbro e Firma del Segnalatore: _____
