

ANTRAG UM VERGÜTUNG VON KURATIVEN ZAHNÄRZTLICHEN UND/ODER ZAHNPROTHETISCHEN LEISTUNGEN UND/ODER KIEFERORTHOPÄDISCHEN HILFSMITTELN (innerhalb von 6 Monaten ab Ausstellungsdatum der entsprechenden Rechnung/Honorarnote einzureichen)

Ersatzerklärung im Sinne des Artikels 5 des L.G. Nr. 17/93, in geltender Fassung

Der/die Unterfertigte

Familienname _____

Vorname _____

geboren in _____

am _____

wohnhaft in _____

PLZ _____ Staat _____

_____ -Str., Nr. _____

Tel. _____

E-mail _____

Pec _____

Steuernummer _____

lebt allein

teilt die Kosten nicht mit anderen

beantragt

die Vergütung von kurativen zahnärztlichen und/oder zahnprothetischen Leistungen und/oder kieferorthopädischen Hilfsmitteln

für sich selbst

für folgendes Familienmitglied

Verwandtschaftsgrad mit dem Antragsteller/der Antragstellerin

Vorname und Name _____

geboren in _____ am _____

wohnhaft in _____

PLZ _____ Staat _____

_____ -Str., Nr. _____

Tel. _____

E-mail _____

Pec _____

Steuernummer _____

DOMANDA DI RIMBORSO DI PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE CURATIVE E/O PROTESICHE DENTARIE E/O APPARECCHI PER ORTODONZIA (da inoltrarsi entro 6 mesi dalla data di emissione della relativa fattura e/o nota onoraria)

Dichiarazione sostitutiva ai sensi dell'articolo 5 della L.P. n. 17/93 e successive modifiche

Il/la sottoscritto/a

cognome _____

nome _____

nato/a a _____

il _____

residente a _____

CAP _____ Stato _____

via _____ n. _____

tel. _____

E-mail _____

Pec _____

codice fiscale _____

vive da solo/a

non condivide le spese con altri

chiede

il rimborso delle spese per prestazioni odontoiatriche curative e/o protesiche dentarie e/o apparecchi per ortodonzia

per se stesso

per il seguente familiare

indicare il grado di parentela con il richiedente/la richiedente

cognome e Nome _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____

CAP _____ Stato _____

via _____ n. _____

tel. _____

E-mail _____

Pec _____

codice fiscale _____

in Bezug auf die Rechnung/en Honorarnote/n

Nr. _____ ausgestellt am _____

von _____

Nr. _____ ausgestellt am _____

von _____

Nr. _____ ausgestellt am _____

von _____

Nr. _____ ausgestellt am _____

von _____

con riferimento alla/alle fattura/ e nota/ e onoraria/ e

Nr. _____ rilasciata il _____

da _____

Nr. _____ rilasciata il _____

da _____

Nr. _____ rilasciata il _____

da _____

Nr. _____ rilasciata il _____

da _____

welche bezahlt worden ist/sind und in Original beigelegt wird/werden.

Es wird ersucht, die Vergütung auszubezahlen mittels:

Überweisung auf folgendes Bankkonto

IBAN

Name der Bank-Filiale _____

lautend auf _____

quietanzata/e che allega in originale

Si chiede di corrispondere il rimborso tramite:

bonifico sul seguente conto corrente bancario:

Nome della Banca/Agenzia _____

intestato a: _____

Zu diesem Zwecke erklärt er/sie, dass die eigene Familie¹ aus folgenden zusätzlichen Mitgliedern besteht:

Ehegattin/Ehegatte/zusammenlebender Lebensgefährte/zusammenlebende Lebensgefährtin

Name und Vorname _____

geboren am: _____

Steuernummer _____

Verwandtschaftsgrad mit dem Antragsteller/der Antragstellerin

Name und Vorname _____

geboren am: _____

Steuernummer _____

Verwandtschaftsgrad mit dem Antragsteller/der Antragstellerin

Name und Vorname _____

geboren am: _____

Steuernummer _____

Verwandtschaftsgrad mit dem Antragsteller/der Antragstellerin

Name und Vorname _____

geboren am: _____

Steuernummer _____

Verwandtschaftsgrad mit dem Antragsteller/der Antragstellerin

Name und Vorname _____

geboren am: _____

Steuernummer _____

A tal fine dichiara che il proprio nucleo familiare¹ è composto dai seguenti ulteriori componenti:

coniuge/partner convivente

nome e cognome _____

nato/a a: _____

codice fiscale _____

grado di parentela con il/la richiedente

nome e cognome _____

nato/a a: _____

codice fiscale _____

grado di parentela con il/la richiedente

nome e cognome _____

nato/a a: _____

codice fiscale _____

grado di parentela con il/la richiedente

nome e cognome _____

nato/a a: _____

codice fiscale _____

grado di parentela con il/la richiedente

nome e cognome _____

nato/a a: _____

codice fiscale _____

Bozen | W. A. Loew Cadonnaplatz 12 | Tel. 0471 439 122 | sprengel.bozen@sabes.it
Meran | Romstr. 3 | Tel. 0473 496 706 | sprengel.meran@sabes.it
Brixen | Domplatz 12/A | Tel. 0472 813 640 | sprengel.brixen@sabes.it
Bruneck | Paternsteig 3 | Tel. 0474 586 506 | sprengel.bruneck@sabes.it
http://www.sabes.it
Südtiroler Sanitätsbetrieb
St.-Nr./MwSt.-Nr. 00773750211

Bolzano | P.zza W. A. Loew Cadonna, 12 | tel. 0471 439 122 | distretto.bolzano@sabes.it
Merano | Via Roma, 3 | tel. 0473 496 706 | distretto.merano@sabes.it
Bressanone | P.zza Duomo 12/A | tel. 0472 813 640 | distretto.bressanone@sabes.it
Brunico | Vicolo dei Frati, 3 | tel. 0474 586 506 | distretto.brunico@sabes.it
http://www.asdaa.it
Azienda Sanitaria dell'Alto Adige
Cod. fisc./P. IVA 00773750211

Erklärt in Kenntnis zu sein, dass die Vergütung für:

- 1. die kieferorthopädische Behandlung minderjährige einmal zusteht (Ausnahme minderjährige Personen mit anerkannter Behinderung laut Gesetz Nr. 104/92);**
- 2. die prothetischen zahnärztlichen Leistungen desselben Elementes erst nach Ablauf von fünf Jahren ab Ausstellungsdatum der letzten eingereichten Rechnung zusteht, auch im Fall einer provisorischen Prothese.**

Ist für alle Familienmitglieder die „Einheitliche Einkommens- und Vermögenserklärung“ EEEV abgegeben worden?

ja

nein

Sind in der Familie ein oder mehrere minderjährige Kinder und beide Eltern, oder ein Elternteil mit seinem/r Ehegatten/in oder seinem/r zusammenlebenden Partner/in oder Alleinerzieher/in, im Bezugszeitraum der EEEV einer abhängigen, selbständigen oder unternehmerischen Tätigkeit nachgegangen, welche für jeden ein Einkommen von mindestens 10.000,00 € (gemäß EEEV-Kriterien) erbracht hat?

ja

nein

Die Erhebung, Verarbeitung und Speicherung der Daten erfolgen gemäß EU-Verordnung Nr. 679 vom 27. April 2016 (Datenschutzgrundverordnung) und GvD Nr. 196/2003, wie abgeändert vom GvD Nr. 101/2018. Der Verantwortliche für die Datenverarbeitung ist der Südtiroler Sanitätsbetrieb (<https://www.sabes.it/de/privacy>).

Der Antragsteller/die Antragstellerin ist damit einverstanden, dass die im Informationssystem EEEV gespeicherten einheitlichen Einkommens- und Vermögensklärungen aller Familienmitglieder für diesen Antrag verwendet werden.

Ort und Datum _____

leserliche Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin

Dichiara di essere a conoscenza che il rimborso:

- 1. per l'apparecchio odontoiatrico spetta una sola volta ai minori (eccezione: persone di età inferiore a 18 anni con handicap riconosciuto ai sensi della Legge n. 104/92);**
- 2. per le prestazioni protesiche lo stesso elemento può essere concesso solo a distanza di 5 anni dalla data di emissione della relativa fattura precedentemente inoltrata, anche nell'ipotesi di protesi provvisoria;**

Per tutti i componenti del proprio nucleo familiare è stata rilasciata la "Dichiarazione Unificata di Reddito e Patrimonio" DURP?

si

no

Nel nucleo familiare vi sono uno o più figli minorenni ed entrambi i genitori, o il genitore ed il/la coniuge o il/la partner convivente o il genitore singolo, hanno svolto, nel periodo di riferimento della DURP, attività di lavoro dipendente, di lavoro autonomo o d'impresa, con un reddito considerato ai fini della DURP di un importo di almeno 10.000,00 € ciascuno

si

no

La raccolta, il trattamento e la conservazione dei dati avvengono nel rispetto del Regolamento UE n. 679 del 27 aprile 2016 (Regolamento generale sulla protezione dei dati) e il Dlgs n. 196/2003 così come modificato dal Dlgs 101/2018. Il titolare del trattamento dei dati personali è l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige (<https://www.asdaa.it/it/privacy>).

Il/La richiedente acconsente che per la presente domanda siano utilizzate le dichiarazioni unificate di reddito e patrimonio di tutti i componenti del proprio nucleo familiare, presenti nell'apposito sistema informatico DURP.

Luogo e data _____

Firma leggibile del/la richiedente

Bozen | W. A. Loew Cadonnaplatz 12 | Tel. 0471 439 122 | sprengel.bozen@sabes.it
Meran | Romstr. 3 | Tel. 0473 496 706 | sprengel.meran@sabes.it
Brixen | Domplatz 12/A | Tel. 0472 813 640 | sprengel.brixen@sabes.it
Bruneck | Paternsteig 3 | Tel. 0474 586 506 | sprengel.bruneck@sabes.it
<http://www.sabes.it>
Südtiroler Sanitätsbetrieb
St.-Nr./MwSt.-Nr. 00773750211

Bolzano | P.zza W. A. Loew Cadonna, 12 | tel. 0471 439 122 | distretto.bolzano@sabes.it
Merano | Via Roma, 3 | tel. 0473 496 706 | distretto.merano@sabes.it
Bressanone | P.zza Duomo 12/A | tel. 0472 813 640 | distretto.bressanone@sabes.it
Brunico | Vicolo dei Frati, 3 | tel. 0474 586 506 | distretto.brunico@sabes.it
<http://www.asdaa.it>
Azienda Sanitaria dell'Alto Adige
Cod. fisc./P. IVA 00773750211

Wird der Antrag bereits unterzeichnet vorgelegt oder per Post eingereicht, so ist diesem eine Ablichtung des Personalausweises des/der Antragstellers/in beizulegen. Dies gilt auch bei Unterlagen die von einem Dritten eingereicht werden.

¹Zusammensetzung der Kernfamilie laut Artikel 12 des Dekretes des Landeshauptmannes der Autonomen Provinz Bozen, Nr. 2 vom 11.01.2011

- a) Die Person, für die die Leistung in erster Linie bestimmt ist (Leistungsempfänger);
 - b) Der Ehegatte/die Ehegattin, sofern nicht gesetzlich getrennt, oder der Lebensgefährte des Leistungsempfängers (bei Lebensgefährten, nur wenn er in einem gemeinsamen Haushalt lebt);
 - c) Für minderjährige Leistungsempfänger die Personen, die die elterliche Gewalt ausüben (auch getrennt) und deren Ehepartner oder Lebensgefährten (wenn der Lebensgefährte im selben Haushalt lebt);
- c/bis) bei Leistungsempfängern unter 26 Jahren mit einem EEVE relevanten jährlichen Einkommen von nicht mehr als 10.000,00 €, die Eltern oder der Elternteil sowie der Ehegatte/die Ehegattin oder der im gemeinsamen Haushalt lebende Lebensgefährte/die im gemeinsamen Haushalt lebende Lebensgefährtin des Elternteils, sofern der Nutzer/die Nutzerin studiert oder im gemeinsamen Haushalt lebt.
- d) Wenn der Leistungsempfänger steuerrechtlich zu Lasten lebt, die versorgungspflichtige Person mit dem Ehepartner oder Lebensgefährten (wenn der Lebensgefährte im selben Haushalt lebt);
 - e) Die minderjährigen Kinder von einem der oben angeführten Mitglieder, sofern sie im gemeinsamen Haushalt leben;
- e/bis) Kinder unter 26 Jahren mit einem EEVE- relevanten jährlichen Einkommen von nicht mehr als 10.000,00 €, sofern sie studieren oder mit den Eltern oder dem Elternteil im gemeinsamen Haushalt leben.
- f) Alle anderen Personen, die von einem der oben angeführten Personen zu Lasten sind.

Falls der Leistungsempfänger verheiratet ist oder eigene Kinder hat, so bildet er gemeinsam mit dem Ehepartner oder dem mit ihm lebenden Lebensgefährten, den Kindern und den weiteren zu Lasten lebenden Personen eine eigene Familiengemeinschaft.

Um zu beurteilen, ob eine Person als zu Lasten gilt und somit zur Kernfamilie gehört oder nicht, dient derselbe Zeitbezug wie für die EEVE.

Für die Tatsache, ob jemand zusammenlebt zählt der effektive Zustand und nicht der Familienbogen

Die volljährigen Kinder mit einem Alter unter 26 Jahren werden auch wenn sie nicht mehr steuerlich zu Lasten der Eltern sind, weiterhin gemeinsam mit der Familie der Eltern berücksichtigt, sofern die folgenden Bedingungen erfüllt sind: sie nicht mehr als 10.000,00 € Einkommen laut EEVE haben und sie zum Zeitpunkt der Antragstellung bzw. der Ausstellung der FWL Bescheinigung, bei den Eltern leben oder bei einer Bildungseinrichtung, unabhängig welchen Grades, eingeschrieben sind.

Nel caso in cui la domanda venisse presentata o spedita tramite posta già firmata, è da allegare una fotocopia della carta d'identità del/la richiedente. Ciò vale anche in caso di consegna della documentazione, da parte di un terzo.

¹Composizione del nucleo familiare di base ai sensi dell'articolo 12 del decreto del Presidente della Provincia Autonoma di Bolzano, n. 2 del 11.01.2011

- a) La persona che è la principale beneficiaria della prestazione (utente);
 - b) il/la coniuge dell'utente purché non legalmente separato/separata, o il/la partner dell'utente, solo qualora l'utente e il/la partner siano conviventi;
 - c) nel caso di utente minorenni, chi esercita la potestà genitoriale, anche disgiuntamente, nonché l'eventuale coniuge o partner convivente della persona che esercita la potestà genitoriale;
- c/bis) nel caso di utente di età inferiore a 26 anni con un reddito considerato ai fini della DURP non superiore a 10.000,00 € annui, i genitori o il genitore nonché l'eventuale coniuge o partner convivente del genitore stesso, qualora l'utente sia studente o con essi/esso convivente.
- d) nel caso in cui l'utente sia soggetto a carico ai fini IRPEF, la persona di cui lo stesso/la stessa è a carico nonché la sua/il suo coniuge o partner convivente;
 - e) le figlie e i figli minorenni di uno/una dei componenti sopra elencati, qualora con esso/essa conviventi;
- e/bis) le figlie e i figli di età inferiore a 26 anni, con un reddito considerato ai fini della DURP non superiore a 10.000,00 € annui, che siano studenti o conviventi con i genitori o il genitore.
- f) altre persone a carico IRPEF di uno/una dei componenti sopra elencati

Nel caso in cui l'utente sia coniugato o abbia figli/figlie propri, esso costituisce comunque, assieme al coniuge oppure al partner convivente, ai loro figli e alle altre persone a loro carico IRPEF, un distinto nucleo familiare.

Per valutare se una persona deve essere considerata come componente del nucleo in quanto "soggetto a carico IRPEF", deve essere considerato lo stesso riferimento temporale della DURP.

La convivenza non deve essere considerata sulla base dello stato di famiglia, bensì sulla base della situazione di fatto.

Il giovane maggiorenne, di età inferiore a 26 anni, si considera assieme al nucleo familiare dei genitori anche se non fiscalmente a carico, purché sussistano le seguenti condizioni: disponga di un reddito considerato ai fini della DURP non superiore a 10.000,00 € e al momento della presentazione della domanda o della richiesta di rilascio dell'attestazione VSE, conviva con i genitori, oppure risulti iscritto ad un istituto d'istruzione di qualsiasi grado.