

Bedürftigkeitserklärung

Der/Die Unterfertigte (Nach- und Vorname)

geboren am in

Staatsbürgerschaft

wohnhaft in (Gemeinde und Postleitzahl PLZ)

Straße, Fraktion, Platz, usw.

Aufenthaltsadresse (Gemeinde und Postleitzahl PLZ)

Straße, Fraktion, Platz, usw.

Tel. Nummer

E-Mail

Zertifizierte E-Mail (PEC)

erklärt

gemäß den Bestimmungen der Artikel 46 und 47 des D.P.R. Nr. 445 vom 28.12.2000 und im Bewusstsein, dass er/sie im Falle von unwahren Erklärungen den vorgesehenen Strafmaßnahmen unterliegt, sowie der Anspruch auf die bereits genossenen Begünstigungen verfällt, so wie dies von den Bestimmungen der Artikel 75 und 76 obgenannten Dekretes vorgesehen ist, Folgendes:

1. bedürftig und ohne ausreichende wirtschaftliche Mittel zu sein, da das Familieneinkommen für das Jahr 2023 weniger beträgt als:

Euro 6.247,41
(nur der/die Antragsteller/in)

Euro 9.371,12
(der/die Antragsteller/in + 1 Familienangehöriger)

Euro 12.494,82
(der/die Antragsteller/in + 2 Familienangehörige oder mehr zu Lasten lebende Kinder unter 14 Jahren)

Euro 15.618,53
(der/die Antragsteller/in + 3 Familienangehörige)

Euro 18.742,23
(der/die Antragsteller/in + 4 Familienangehörige)

Dichiarazione d'indigenza

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome)

nato/a il a

cittadinanza

residente a (comune e codice postale CAP)

via, frazione, piazza, ecc.

indirizzo di domicilio (comune e codice postale CAP)

via, frazione, piazza, ecc.

numero telefonico

e-mail

posta elettronica certificata (PEC)

dichiara

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci incorre in sanzioni penali nonché decade dai benefici conseguiti, così come previsto rispettivamente dagli articoli 76 e 75 del succitato decreto, quanto segue:

1. di essere indigente e privo di risorse economiche sufficienti in quanto il reddito familiare complessivo per l'anno 2023 è inferiore a:

Euro 6.247,41
(solo il/la richiedente)

Euro 9.371,12
(il/la richiedente + 1 familiare)

Euro 12.494,82
(il/la richiedente + 2 familiari o più figli a carico minori di 14 anni)

Euro 15.618,53
(il/la richiedente + 3 familiari)

Euro 18.742,23
(il/la richiedente + 4 familiari)

2. folgende Familienmitglieder zu Lasten zu haben

2. di avere a carico i seguenti familiari

Familienname und Vorname cognome e nome	Verwandtschaftsgrad grado di parentela	Geburtsdatum data di nascita	wohnhaft in residente a	derzeitige/r Kinderärztin/Kinderarzt attuale pediatra di libera scelta

3. keinen Versicherungsschutz in Italien zu haben und nicht von öffentlichen oder privaten ausländischen Versicherungsträgern betreut zu sein.

3. di essere privo di copertura sanitaria in Italia e non assistito da istituzione mutualistiche estere pubbliche o private.

Der/Die Unterfertigte verpflichtet sich innerhalb von 10 Tagen eventuelle Änderungen dem Gesundheitsbezirk mitzuteilen, welche hinsichtlich seiner/ihrer Versicherungsposition, als auch seines/ihrer Einkommens und jener seiner/ihrer zu Lasten lebenden Familienmitglieder eintreten sollten.

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare entro 10 giorni al Comprensorio Sanitario eventuali cambiamenti riguardanti il suo titolo assicurativo e la sua situazione reddituale e quella dei suoi familiari a carico.

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>).

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>).

Ort und Datum | Luogo e data

leserliche Unterschrift | firma leggibile

des/der Antragstellers/-in | del/della richiedente

Anlage:
Ablichtung Erkennungsausweis

Allegato:
fotocopia documento di riconoscimento