

# Partecipazione ai costi ospedalieri per famiglie

## Richiedente

Cognome del bambino:	Nome del bambino:
Nome/cognome della madre:	Nome/cognome di padre:
Indirizzo:	Luogo:
Email:	Data di nascita (del bambino):
Ricovero nell'ospedale di:	
Ricovero in ospedale dal: al: Durata in giorni:	Ammontare: Mass. 30 CHF per giorno di ricovero. Le ricevute sono da conservare.
La partecipazione ai costi è da versare sul conto (allegare possibilmente la cedola di pagamento):  Banca, IBAN / Conto  postale: Indirizzo:  A favore di:	<b>Regolamento per lo stato di membro</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• La partecipazione ai costi può essere richiesta soltanto dai membri della FCS.</li><li>• <b>Con la partecipazione ai costi da parte della FCS, il richiedente diventa automaticamente membro della società. La quota di membro per l'anno corrente è gratuita.</b></li><li>• Il mancato pagamento della quota di membro comporta l'annullamento della partecipazione ai costi.</li><li>• L'esenzione dal pagamento della quota di membro della società è possibile in casi estremi.</li></ul>
Luogo, data:	Firma:

## Visto dell'assistente sociale

Cognome, nome:	Ospedale:
Luogo, data:	Firma:

## Processo

**Richiedente:** La preghiamo di inviare la domanda compilata al corrispondente assistente sociale del Centro della Fibrosi Cistica Svizzera (FCS)

**Assistente sociale:** La preghiamo di firmare la domanda e di mandarla alla FCS.

**FCS:** Paga la somma al richiedente.

*Rammentiamo che i contributi di sostegno elargiti dalla FCS, in alcuni cantoni devono essere dichiarati come reddito (normative fiscali e sull'assistenza sociale). In questi casi, il beneficiario deve notificare i contributi ottenuti alle autorità competenti.*