



Richiesta di un contributo comunale per l'installazione di un apparecchio di Telesoccorso SI/SmartLife Care, per beneficiari di prestazioni complementari (PC) o di riduzione dei premi dell'assicurazione malattia (RIPAM)

Dati del richiedente

Cognome, nome:

Via:

Località:

Telefono:

E-mail:

Numero AVS:

No. IBAN CCP o Conto Banca:

Nome Banca:

Sede:

Titolare del conto CCP o CCB:

Tipo di apparecchio

Telesoccorso SmartLife Care

Contributo comunale e condizioni

Il contributo una tantum di fr. 100.- verrà versato per l'installazione di un apparecchio di Telesoccorso SI o SmartLife Care, ai domiciliati nel Comune di Bellinzona beneficiari di prestazioni complementari (PC) o della riduzione del premio dell'assicurazione malattia (RIPAM), previa presentazione delle copie della ricevuta del pagamento dell'installazione dell'apparecchio, dell'ultima decisione della riduzione dei premi dell'assicurazione malattia (RIPAM) o dell'ultima decisione del calcolo delle prestazioni complementari (PC).

Con la firma del presente formulario e nella misura in cui beneficio di prestazioni complementari (PC) o della riduzione del premio dell'assicurazione malattia (RIPAM), autorizzo il Comune di Bellinzona a richiedere informazioni al riguardo agli uffici interessati.

Data: Firma:

La presente richiesta deve pervenire, debitamente compilata e firmata, **entro 6 mesi dalla stipulazione del contratto** allegando le copie della ricevuta del pagamento dell'installazione dell'apparecchio, dell'ultima decisione della riduzione dei premi dell'assicurazione malattia (RIPAM) o dell'ultima decisione del calcolo delle prestazioni complementari (PC).

Servizio sociale, Vicolo Von Mentlen 3, CP 2120, 6500 Bellinzona (tel. 058 203 13 20), oppure via e-mail all'indirizzo di posta elettronica servizio.sociale@bellinzona.ch.

Richieste pervenute oltre tale termine non potranno essere prese in considerazione.