|  |  |
| --- | --- |
| Funzionario incaricato |  |

*Le prestazioni speciali ai sensi dell’art. 20 Las sono destinate a coprire dei bisogni particolari e sono riconosciute di volta in volta secondo l’esigenza. Le principali prestazioni speciali sono riconosciute dall’USSI, secondo le seguenti modalità e rispettivi importi.* ***Di principio non vengono riconosciute prestazioni speciali effettuate all’estero****.*

*Il costo per l’acquisto di occhiali (una montatura e lenti) è riconosciuto* ***ogni 2 anni (24 mesi) e con i seguenti importi massimi****:*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | *SPH (=sfera)* | *CYL (=cilindro)* | *Importo massimo* |
| *Per lente monofocale* | *minore di 6* | *minore di 2* | *100.00 a lente* |
| *maggiore di 6* | *maggiore di 2* | *200.00 a lente* |
| *Per lente bifocale* | *minore di 6* | *minore di 2* | *200.00 a lente* |
| *maggiore di 6* | *maggiore di 2* | *400.00 a lente* |
| *Montatura* |  |  | *150.00* |

*Il beneficiario deve chiedere il riconoscimento all’USSI allegando il preventivo o la fattura dettagliata ed il relativo certificato medico, così come la presa di posizione relativa ad un eventuale contributo della cassa malati. Quest’ultimo verrà dedotto dalla spesa complessiva riconoscibile* (cfr. Direttive riguardanti gli importi delle prestazioni assistenziali pubblicate annualmente).

**Il/La sottoscritto/a**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cognome |  | Nome |  |
| Via |  | Domicilio |  |

chiede il riconoscimento di una prestazione speciale per occhiali (allegare i documenti richiesti: preventivo o fattura dettagliata, certificato medico (esame ottico), conteggio cassa malati).

|  |  |
| --- | --- |
| **Importo totale richiesto:** |  |

**Chiede all’USSI**

|  |  |
| --- | --- |
|  | il rimborso dell’importo nei limiti di cui sopra (dedotto l’eventuale contributo della cassa malati) |
|  | il pagamento diretto a terzi (autorizza l’USSI al pagamento diretto all’ottico) dell’importo (nei limiti di cui sopra, dedotto l’eventuale contributo della cassa malati), impegnandosi a saldare l’eventuale differenza a suo carico direttamente al fornitore/ottico |

In fede

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Luogo e data: |  | Firma |  |

***La richiesta deve essere inoltrata al più tardi con la prossima richiesta di rinnovo.***