|  |  |
| --- | --- |
| 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 la fattura dettagliata ed il relativo certificato medico, così come il conteggio di 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: 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.***