

Modulo di richiesta (YPFF1) di adesione al Fondo per famiglie di giovani pazienti (YPFF): Spese di viaggio, pasti e/o alloggio per famiglie con neonati, bambini e adolescenti di età inferiore ai 18 anni che ricevono assistenza sanitaria in regime di ricovero

Lo YPFF è un fondo del governo scozzese concepito per sostenere i genitori/caregiver primari ed eventuali fratelli/sorelle accompagnatori minorenni relativamente ai costi associati alle visite in ospedale a giovani i pazienti ricoverati di età inferiore ai 18 anni.

Per quali spese si può richiedere il rimborso

- **Trasporto** - I costi del trasporto pubblico dovrebbero essere rimborsati interamente per un massimo di un viaggio di andata e ritorno al giorno per ciascun richiedente e per eventuali fratelli/sorelle accompagnatori fino all'età di 18 anni su presentazione delle ricevute. Si può richiedere il rimborso unicamente dei viaggi in classe standard. Il viaggio in taxi sarà preso in considerazione soltanto. Il viaggio in taxi, prima di essere effettuato, deve essere approvato dal personale sanitario. I contributi per il costo del carburante saranno rimborsati alla tariffa chilometrica corrente* per miglio, per un massimo di un viaggio di andata e ritorno in auto al giorno per ciascun richiedente, se i richiedenti si recano in ospedale separatamente nello stesso giorno. Se i richiedenti viaggiano tutti insieme, dovrà essere richiesto il rimborso del costo di un solo viaggio di andata e ritorno.
- **Pasti e pernottamento** - È possibile richiedere un contributo massimo di £ 8,50/giorno per visitatore avente diritto, per cibo e bevande non alcoliche. Pasti e pernottamento possono essere acquistati al di fuori del perimetro dell'ospedale.
- **Parcheggio** - I costi di parcheggio possono essere rimborsati interamente su presentazione delle ricevute.
- **Alloggio** - Nella circostanza eccezionale in cui l'alloggio dell'ospedale non sia disponibile, sarà rimborsato un contributo per i ragionevoli costi di pernottamento sostenuti.

*Il tasso di rimborso si basa sul prezzo del carburante consigliato dall'HMRC (Entrate e Dogane di Sua Maestà), consultabile sul sito web:

<https://www.gov.uk/government/publications/advisory-fuel-rates>.

Presentare una richiesta di rimborso

Il modulo YPFF(1) è allegato; altri moduli sono disponibili presso i reparti ospedalieri, le cliniche e gli uffici cassa o si possono scaricare on-line. Il modulo deve essere compilato da un richiedente, firmato e certificato come indicato nel modulo stesso. Questo include la certificazione da parte di un professionista sanitario pertinente che si prende cura del paziente neonato, bambino o adolescente. Le richieste di rimborso possono essere presentate individualmente oppure una singola persona può presentare una richiesta di rimborso per tutti i visitatori aventi diritto utilizzando un unico modulo, ad es. la madre può presentare una richiesta per proprio conto, per conto del padre e dei fratelli/delle sorelle di un giovane paziente in regime di ricovero.

Le richieste di rimborso possono essere presentate individualmente oppure una singola persona può presentare una richiesta di rimborso per tutti i visitatori aventi diritto utilizzando un unico modulo, ad es. la madre può presentare una richiesta per proprio conto, per conto del padre e dei fratelli/delle sorelle di un giovane paziente in regime di ricovero.

Le richieste devono essere presentate entro tre mesi dalla dimissione del paziente dall'ospedale. Le richieste presentate oltre questo periodo non saranno prese in considerazione per il rimborso, tranne in circostanze eccezionali.

Una volta compilati, i moduli devono essere consegnati all'ufficio cassa dell'ospedale che assiste per il rimborso.

Per i termini e le condizioni completi del fondo consultare il sito web:

<https://www.mygov.scot/young-patients-family-fund-terms-conditions>



MODULO DI RICHIESTA YPFF (1)

SEZIONE 1: DATI PERSONALI: DA COMPILARE A CURA DEL (O PER CONTO DEL) RICHIEDENTE

NOME DEL PAZIENTE (se il neonato non ha un nome, si prega di scrivere il cognome del neonato)

ETÀ DEL PAZIENTE AL MOMENTO DEL RICOVERO:

DATA DI NASCITA DEL PAZIENTE:

BARRARE LA CASELLA SE SI
RICHIEDE IL RIMBORSO
PER LA VISITA A UN NEONATO

NOME DEL RICHIEDENTE:

INDIRIZZO DEL RICHIEDENTE:

CODICE POSTALE:

NUMERO DI TELEFONO DI CONTATTO:

RELAZIONE CON IL PAZIENTE: genitore/caregiver primario

fratelli/sorelle di età inferiore ai 18 anni

quantità

(Se si fa una richiesta per più di un visitatore avente diritto, si prega di spuntare tutte le voci pertinenti e specificare il numero di genitori/caregiver primari e/o fratelli/sorelle che presentano la richiesta)

COORDINATE BANCARIE (compilare solo se si desidera essere rimborsati mediante bonifico bancario e l'ospedale è in grado di effettuare tale trasferimento).

NOME/NOMI DELL'INTESTATARIO/DEGLI INTESTATARI DEL CONTO:

NOME DELLA BANCA/DELLA BUILDING SOCIETY:

CODICE FILIALE:

NUMERO DI CONTO DELLA BANCA/DELLA BUILDING SOCIETY:

SEZIONE 2: DATI DEL PAZIENTE: DA COMPILARE A CURA DEL (O PER CONTO DEL) RICHIEDENTE

OSPEDALE CHE HA EROGATO L'ASSISTENZA SANITARIA:

NUMERO/NOME DEL REPARTO:

NOME DEL CONSULENTE (se applicabile):

DATA DEL RICOVERO:

DATA DEL RICOVERO:

DATA DELLA DIMISSIONE:
(se pertinente)

DATA DELLA DIMISSIONE:
(se pertinente)

SEZIONE 3: AUTORIZZAZIONE: DA COMPILARE A CURA DEL PERSONALE OSPEDALIERO

Confermo che il paziente sopra indicato è/era in regime di ricovero presso questo ospedale nelle date indicate nella Sezione 2:

Firma:

Nome in stampatello:

Titolo:

Data:

Firma del membro del
personale ospedaliero
autorizzato:

SEZIONE 5: DICHIARAZIONE E FIRMA DEL (O PER CONTO DEL) RICHIEDENTE

Certifico di aver letto e compreso le Regole sulle spese di viaggio e di pernottamento e le condizioni in base alle quali richiedo il rimborso di queste spese. Confermo che la presente richiesta è conforme a tali regole e condizioni. Certifico di essere il genitore/caregiver primario o il fratello/la sorella di età inferiore ai 18 anni di un neonato, un bambino o di un adolescente che ha ricevuto o sta ricevendo assistenza sanitaria in regime di ricovero come indicato nel presente modulo e dichiaro che le informazioni fornite nello stesso sono corrette e complete e che non ho richiesto altrove il rimborso delle spese specificate in questo modulo.

Sono consapevole che se fornisco deliberatamente informazioni false, ciò può comportare un'azione legale e posso essere soggetto a procedimenti giudiziari e di recupero in sede civile. Acconsento alla divulgazione delle informazioni contenute nel presente modulo a e da NHS Scotland (Sistema sanitario nazionale scozzese) e Counter Fraud Services (Dipartimento per la prevenzione e la risoluzione dei casi di frode) ai fini della verifica di questa richiesta e dell'indagine, prevenzione, individuazione e perseguimento delle frodi.

Firma:

Data:

G	G	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

LE RICHIESTE DI RIMBORSO DEVONO ESSERE PRESENTATE ENTRO 3 MESI DALLA DIMISSIONE DALL'OSPEDALE E CONSEGNATE ALL'UFFICIO CASSA DELL'OSPEDALE PRESSO IL QUALE VENGONO EROGATE LE CURE

SEZIONE 6: RISERVATO AD USO UFFICIO

Ho verificato i dettagli della presente richiesta di rimborso così come sopra indicati e autorizzo il pagamento di £

Firma:

Titolo:

Data:

G	G	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---