

**BONUS SOCIALE PER DISAGIO FISICO PER LA FORNITURA  
DI ENERGIA ELETTRICA**

Decreto interministeriale 28 dicembre 2007 e decreto del Ministro della Salute 13 gennaio 2011  
Delibera dell'Autorità per l'energia elettrica e il gas 402/2013/R/com e Allegato A - TIBEG

**MODULO B**  
**DISAGIO FISICO**

<b>1</b>	Il/La sottoscritto/a _____ (Cognome) _____ (Nome)
	nato/a _____, (prov. _____),
	il ___/___/___, codice fiscale <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	residente in.....via/piazza.....n. civico (Comune)

**CHIEDE**

**IN QUALITA DI CLIENTE DOMESTICO DI ESSERE AMMESSO/A AL BONUS SOCIALE PER DISAGIO FISICO PER LA FORNITURA DI ENERGIA ELETTRICA IN PRESENZA DI APPARECCHIATURE MEDICO TERAPEUTICHE PER IL MANTENIMENTO IN VITA**

<b>2</b>	<b>La presente domanda si configura come:</b>
	<input type="checkbox"/> Nuova istanza
	<input type="checkbox"/> Variazione della localizzazione dell'apparecchiature medico terapeutiche id istanza precedente n.....
	<input type="checkbox"/> Variazione delle apparecchiature medico terapeutiche o della intensità di utilizzo

<b>3</b>	Fornitura/e nel Comune _____ (prov. _____)
	via/piazza _____, n° _____
	edificio _____ scala _____ interno _____
	Codice POD IT <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Potenza impegnata.....(kW)	

<b>4</b>	<i>Se l'utilizzatore delle apparecchiature elettromedicali è diverso dal Richiedente inserire:</i>
	Nome/cognome..... CF <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

**BONUS SOCIALE PER DISAGIO FISICO PER LA FORNITURA  
DI ENERGIA ELETTRICA**

Decreto interministeriale 28 dicembre 2007 e decreto del Ministro della Salute 13 gennaio 2011  
Delibera dell'Autorità per l'energia elettrica e il gas 402/2013/R/com e Allegato A - TIBEG

Recapiti per eventuali comunicazioni (\* un recapito telefonico è obbligatorio)

5 Tel./Cell\* \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_

Desidero ricevere tutte le comunicazioni anche via e.mail.....  .....

**Documenti da allegare obbligatoriamente:**

- Copia Certificazione ASL (Allegato ASL)
- Copia del documento di identità del Richiedente

-----  
Il/La sottoscritto/a, inoltre

**DICHIARA:**

- che le informazioni riportate nella presente istanza, comprensive degli allegati, corrispondono al vero e sono accertabili ai sensi dell'art. 43 del DPR n. 445/00, ovvero documentabili su richiesta delle amministrazioni competenti;
- di essere informato, ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali, acquisiti con la presente istanza:
  - a) sono forniti per determinare le condizioni di ammissibilità del richiedente l'applicazione del regime di compensazione;
  - b) potranno essere trattati, unitamente ai dati relativi ai consumi elettrici e gas, anche mediante strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento relativo alla presente istanza.;
  - c) saranno comunicati alle imprese di distribuzione ai fini dell'erogazione della compensazione e potranno essere altresì trasmessi alla Guardia di finanza e all'Agenzia delle Entrate, unitamente ai dati di consumo elettrici e gas rilevati a seguito dell'ammissione al regime di compensazione, per i controlli previsti dalla vigente normativa, ivi incluse le attività di controllo e verifica di cui all'art. 11 e all'articolo 23, comma 23.4 dell'Allegato A alla delibera dell'Autorità per l'energia elettrica e il gas 402/2013/R/com;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente al proprio Comune di residenza le variazioni delle condizioni di ammissibilità.

Il rifiuto al trattamento dei dati contenuti nella presente istanza non consentirà di accedere al regime di compensazione.

Il dichiarante può rivolgersi in qualunque momento agli enti ai quali ha presentato l'istanza per verificare, aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, chiedere il blocco ed opporsi al trattamento dei dati che lo riguardano, se trattati in violazione di legge (articoli 7, 9, 10 e 138 del D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196). L'ente al quale viene presentata l'istanza e gli enti erogatori a cui sono trasmesse le informazioni sono titolari del trattamento dei dati, ciascuno per le rispettive competenze.

-----  
La presente istanza costituisce  
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'  
AI SENSI DEGLI ARTICOLI 38 E 47 DEL DPR. n. 445/2000 E S.M.I.

-----  
(Luogo, data)

-----  
(Firma del richiedente)

**BONUS SOCIALE PER DISAGIO FISICO PER LA FORNITURA  
DI ENERGIA ELETTRICA**

Decreto interministeriale 28 dicembre 2007 e decreto del Ministro della Salute 13 gennaio 2011  
Delibera dell’Autorità per l’energia elettrica e il gas 402/2013/R/com e Allegato A - TIBEG

NOTE PER LA COMPILAZIONE

MODULO B – DISAGIO FISICO

**Il Modulo B può essere utilizzato per richiedere il bonus sociale per disagio fisico per la fornitura elettrica qualora nella abitazione sia presente una persona in gravi condizioni di salute che utilizzi una o più delle apparecchiature elettromedicali per il mantenimento in vita elencate nel decreto del Ministro della salute 13 gennaio 2011. La gravità delle condizioni di salute e l’ utilizzo delle apparecchiature deve essere certificato dalla ASL. L’elenco delle apparecchiature è reperibile nell’ Allegato ASL.**

<b>CAMPO 1</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Inserire i dati del Richiedente che deve coincidere con il cliente domestico a cui è intestato il contratto di fornitura di energia elettrica. Per uso domestico si intende la fornitura utilizzata in locali adibiti ad abitazione a carattere familiare.</li><li>• Il Richiedente può essere diverso dal soggetto che utilizza le apparecchiature elettromedicali per il mantenimento in vita, in questo caso va compilato anche il campo 4</li></ul>
<b>CAMPO 2</b>	<p>Compilare:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• “nuova istanza”: se il cliente richiede per la prima volta il bonus per disagio fisico;</li><li>• “variazione localizzazione”: se l’utente delle apparecchiature elettromedicali si sposta in altra abitazione, e di conseguenza le apparecchiature vengono alimentate da un altro punto di prelievo (POD) sempre intestato al Richiedente. In questo caso è necessario indicare anche il numero di istanza di bonus in vigore al momento della richiesta di variazione, reperibile su una delle comunicazioni ricevute da SGAt e presso il Comune presso cui si è presentata la domanda originaria o il CAF.</li><li>• “variazione delle apparecchiature o dell’intensità di utilizzo”: se cambia il tipo di apparecchiature elettromedicali utilizzate, il loro numero o le ore di utilizzo medie giornaliere.</li></ul>
<b>CAMPO 3</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• la localizzazione delle apparecchiature elettromedicali deve coincidere con il punto di prelievo (POD) corrispondente al contratto di fornitura del Richiedente;</li><li>• IL “POD” e’ un codice composto da lettere e numeri che identifica in modo certo il punto fisico in cui l’energia viene consegnata dal fornitore e prelevata dal cliente finale. Inizia con le lettere IT..... seguite da numeri e lettere. E’ reperibile in bolletta.</li><li>• La “potenza impegnata” è reperibile in bolletta ed è espressa in kW;</li></ul>
<b>CAMPO 4</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Se il Richiedente è diverso dall’utente delle apparecchiature in questo campo vanno inseriti i dati dell’utente</li></ul>

**BONUS SOCIALE PER DISAGIO FISICO PER LA FORNITURA  
DI ENERGIA ELETTRICA**

Decreto interministeriale 28 dicembre 2007 e decreto del Ministro della Salute 13 gennaio 2011  
Delibera dell'Autorità per l'energia elettrica e il gas 402/2013/R/com e Allegato A - TIBEG

<b>CAMPO 5</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Poiché coloro che sono ammessi al bonus sociale per disagio fisico, vengono anche obbligatoriamente iscritti dal distributore del servizio elettrico negli elenchi dei clienti non disalimentabili (cioè dei clienti che non possono subire distaccati programmati), al fine di avvisarli prontamente nel caso di possibili black out temporanei è necessario inserire in questo campo un recapito telefonico in cui possano sempre essere rintracciati</li></ul>
<b>DOCUMENTAZIONE</b>	
<b>Allegato ASL</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• La domanda per essere ammessa deve essere <u>obbligatoriamente corredata</u> dalla certificazione della ASL (Allegato ASL) e dal documento di identità del richiedente</li></ul>
<b>Dichiarazione finale</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• La domanda di accesso o di rinnovo di bonus per disagio economico costituisce una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà con le conseguenze previste dalla legge nel caso di dichiarazione non veritiera;</li><li>• Il richiedente si impegna a comunicare tempestivamente al Comune di residenza la variazione delle condizioni di ammissibilità</li></ul>

[Fac-simile]

ALLEGATO ASL

Azienda Asl \_\_\_\_\_  
Regione \_\_\_\_\_  
Servizio \_\_\_\_\_

Oggetto: Certificazione ai sensi dell'articolo 4, comma 2, del Decreto interministeriale 28 dicembre 2007 recante "Determinazione dei criteri per la definizione delle compensazioni della spesa sostenuta per la fornitura di energia elettrica per i clienti economicamente svantaggiati e per i clienti in gravi condizione di salute" e del Decreto Ministeriale 13 gennaio 2011 "Individuazione delle apparecchiature medico-terapeutiche alimentate ad energia elettrica necessarie per il mantenimento in vita di persone in gravi condizioni di salute"

Si certifica che il/la signor \_\_\_\_\_,  
(Cognome) (Nome)

codice fiscale

domicilio situato in Comune \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) via/piazza \_\_\_\_\_  
n° civico \_\_\_\_\_,

**è persona in gravi condizioni di salute tali da richiedere l'utilizzo presso il proprio domicilio di apparecchiature medico-terapeutiche necessarie per la sua esistenza in vita e alimentate ad energia elettrica indicate all'elenco sottostante.**

Ai fini di cui all'oggetto è necessario indicare per ciascuna apparecchiature il numero di ore medie giorno di utilizzo.

Funzioni/Apparecchiature	Fino a 8 ore al giorno	Tra 8 ore e 16 ore al giorno	Oltre 16 ore al giorno
<b>FUNZIONE CARDIO</b>			
<b>RESPIRATORIA</b>			
1. apparecchiature per pressione positiva continua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ventilatori polmonari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. polmoni d'acciaio			<input type="checkbox"/>
4. tende per ossigeno terapia			<input type="checkbox"/>
5. concentratori di ossigeno fissi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. concentratori di ossigeno portatili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. aspiratori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. monitor multiparametrici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. pulsossimetri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>FUNZIONE RENALE</b>			
10. apparecchiature per la dialisi peritoneale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. apparecchiature per emodialisi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>FUNZIONE ALIMENTARE</b>			
12. nutripompe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. pompe d'infusione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. pompe a siringa*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*funzionamento a batterie non ricaricabili

---

**AUSILI**

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 15. carrozzine elettriche                 | <input type="checkbox"/> |
| 16. sollevatori mobili                    | <input type="checkbox"/> |
| 17. sollevatori mobili a sedili elettrici | <input type="checkbox"/> |
| sollevatori mobili a barella elettrici    |                          |
| 18. sollevatori fissi a soffitto          | <input type="checkbox"/> |
| 19. sollevatori per vasca da bagno        | <input type="checkbox"/> |
| 20. materassi antidecubito                | <input type="checkbox"/> |

Si certifica che l'uso di tali apparecchiature ( medico-terapeutiche necessarie per la sua **esistenza** in vita e alimentate ad energia elettrica) ha avuto inizio in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

*(Luogo, data) (Firma e Timbro)*