



Al Comune di _____
Alla Cortese Attenzione del Responsabile dei
Servizi Socio-Sanitari-Assistenziali

OGGETTO: Istanza Per La Richiesta di Compartecipazione alla Spesa per Prestazioni Socio-Sanitarie in Regime Residenziale e Semiresidenziale. Legge Regionale N. 37/2014.

Il/La Sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____

provincia _____, Codice Fiscale _____

residente a _____ in via

_____ Provincia _____

Tel. fisso _____ mobile _____.

In qualità di:

- Interessato;
- Tutore:
- Amministratore di Sostegno:
- Familiare:

Del/ Della Sig/Sig.ra _____

Nato/a il _____ a _____

Provincia _____ Codice Fiscale _____

Residente a _____ in via

_____ provincia _____

Telefono fisso _____ mobile _____.

CHIEDE

- Per se stesso ;
- Per il/la Sig./Sig.ra _____ ;



Di poter accedere al regime di compartecipazione alla spesa per prestazioni socio-sanitarie ai sensi dei Decreti del Commissario ad Acta nn. 91,92,103,104,105 del 2014 e s.m. ed integrazioni.

A tal fine ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia,

DICHIARA

✓ Che il nucleo familiare del richiedente o del soggetto interessato è così composto:

Num.	Rapporto di parentela	Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Codice fiscale

Componente aggiuntiva: figli non conviventi e non compresi nel nucleo familiare

Nominativo	Residenza	Recapito telefonico

✓ che il richiedente o la persona per la quale si presenta l'istanza, previa valutazione ed autorizzazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) competente per territorio, beneficia di in una delle seguenti condizioni:



Descrizione	Contrassegnare con una "X"
A - prestazioni riabilitative semiresidenziali e residenziali di lungodegenza (mantenimento), in favore di disabili gravi, erogate dalle strutture ex articolo 26 L. 833/78 (Decreto del Commissario ad acta 8 agosto 2014, n. 92, così come modificato dal Decreto del Commissario ad acta 18 settembre 2014, n. 103);	
B - prestazioni residenziali, in favore di disabili, anziani non autosufficienti e pazienti affetti da morbo di Alzheimer/demenze, erogate dalle Residenze Sanitarie Assistenziali (R.S.A.) (Decreto Commissario ad acta 18 settembre 2014, n.105);	
C) prestazioni residenziali in favore di persone inabili non curabili a domicilio e anziani non autosufficienti, disabili fisici, psichici, sensoriali, anormali psichici, erogate da strutture riconducibili attualmente alle Residenze Assistenziali (R.A.) (Decreto Commissario ad acta 13 agosto 2014, n. 91, così come modificato dal Decreto Commissario ad acta 18 settembre 2014, n. 104);	
D) prestazioni socio-riabilitative residenziali in favore di persone con problemi psichiatrici, erogati da strutture a più alta/minore intensità assistenziale (Struttura semiprotetta – Casa famiglia di cui alle tipologie degli Allegati B e C della del. giunta reg. 877/2001) (Decreto Commissario ad acta 13 agosto 2014, n. 91, così come modificato dal Decreto Commissario ad acta 18 settembre 2014, n. 104).	
Altra: (Specificare)	

- ✓ che il richiedente o la persona per la quale si presenta l'istanza trova nella seguente condizione:

Codice Tipologia prestazione	Target	Contrassegnare con una "X"
A. Prestazioni riabilitative semiresidenziali e residenziali di lungodegenza (mantenimento)		
A.1. Prestazioni riabilitative semiresidenziali	Disabile grave	
A.2. Prestazioni riabilitative semiresidenziali	Disabile medio grave	
A.3. Prestazioni riabilitative residenziali	Disabile grave	
A.4. Prestazioni riabilitative residenziali	Disabile medio grave	



A.5. Prestazioni riabilitative residenziali	Disabile grave privo del sostegno familiare	
A.6. Prestazioni riabilitative residenziali	Disabile medio grave privo del sostegno familiare	
Altra (Specificare)		
B. Prestazioni residenziali erogate in R.S.A.		
B.1. Prestazioni residenziali in R.S.A. 1° Fascia	Anziani non autosufficienti	
B.2. Prestazioni residenziali in R.S.A. 2° Fascia	Anziani non autosufficienti	
B.3. Prestazioni residenziali in R.S.A. 3° Fascia	Anziani non autosufficienti	
B.4. Prestazioni residenziali in R.S.A. 1° Fascia	Disabili	
B.5. Prestazioni residenziali in R.S.A. 2° Fascia	Disabili	
B.6. Prestazioni residenziali in R.S.A. 3° Fascia	Disabili	
B.7. B.2. Prestazioni residenziali in R.S.A. 1° Fascia	Pazienti affetti da morbo di Alzheimer/demenze	
B.8. Prestazioni residenziali in R.S.A. 2° Fascia	Pazienti affetti da morbo di Alzheimer/demenze	
Altra Specificare		
C. Prestazioni residenziali erogate in R.A.		
C.1. Prestazioni residenziali in R.A.	Inabili non curabili a domicilio/anziani non autosufficienti	
C.2. Prestazioni residenziali in R.A.	Disabili fisici, psichici, sensoriali privi di sostegno familiare	
Altra (Specificare)		



D. Prestazioni socio-riabilitative residenziali erogate in strutture semiprotette/case famiglia		
D.1. Prestazioni socio-riabilitative residenziali a più alta intensità assistenziale (Allegato B del. giunta reg. 877/2001)	Persone con problemi psichiatrici	
D.2. Prestazioni socio-riabilitative residenziali a minore intensità assistenziale (Allegato C del. giunta reg. 877/2001)	Persone con problemi psichiatrici	
Altra (specificare)		

- ✓ che il richiedente o la persona per la quale si presenta l'istanza risulta essere ospite/utente previa valutazione ed autorizzazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), presso la seguente struttura accreditata/convenzionata:

STRUTTURA DI RIFERIMENTO

Nome struttura	
Ubicazione struttura	
Città struttura	
Telefono struttura	
Fax struttura	
Mail struttura	
Referente struttura	



Modulistica Per L'accesso Ai Servizi Sociali
Dell'ambito Distrettuale Sociale N.12 Sangro - Aventino

Dal giorno	
Al giorno	

- ✓ Di aver corrisposto in favore della struttura, a titolo di compartecipazione alla spesa socio sanitaria, le seguenti somme: € _____ .
- ✓ che il richiedente o la persona per la quale si presenta l'istanza:
- non è percettore di indennità di accompagnamento;
 - è percettore di indennità di accompagnamento per complessivi € _____ mensili e che l'importo percepito viene:
 - parzialmente corrisposto alla struttura ospitante;
 - interamente corrisposto alla struttura ospitante;
 - gestito direttamente dal richiedente o dalla persona per la quale si presenta l'istanza;

ALLEGA

- Copia documento di riconoscimento del richiedente e del beneficiario.
- La Dichiarazione Sostitutiva Unica e il relativo Attestato ISEE di tipo "Prestazioni socio-sanitarie residenziali" con validità al 31.12.2021;
- Copia verbale di accertamento di Invalidità civile.
- Copia verbale di accertamento ai sensi della Legge n. 104/1992 (se ricorre).
- Copia verbale di valutazione ed autorizzazione dell'U.V.M..
- Copia nomina legale (per Tutore ed Amministratore di Sostegno), se ricorre;
- Consenso al trattamento dei dati;

_____, Li _____

Il/La DICHIARANTE

L'Amministrazione Comunale si riserva di effettuare i controlli di competenza circa la veridicità di quanto dichiarato.