

Concorso alla spesa della quota di compartecipazione a carico dell'utente e/o del Comune di residenza per le prestazioni socio-sanitarie in regime residenziale e semiresidenziale - anno 2022

DOMANDA DI ACCESSO

alla compartecipazione dal parte del Comune ai ticket socio sanitari previsti dai Decreti del Commissario ad acta nn. 91, 92, 103, 104, 105/2014, ai sensi del Reg. Regionale Pubblicato sul BURA 52/2014 e in esecuzione della delibera di Giunta Regionale 285/2016 "Atto di indirizzo applicativo per l'attuazione del D.P.C.M. 159/2013 nel Territorio della Regione Abruzzo" per l'applicazione omogenea sul territorio regionale, nel settore dei servizi e prestazioni sociali e socio-sanitari, della disciplina prevista dal D.P.C.M. 5 dicembre 2013, n.159 e delle successive deliberazioni di G.R. n.ri 552/216, 726/2016 e 112/2017

Al Comune di _____ (TE)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA A NORMA DELLA LEGGE N. 445/00

Generalità del richiedente:

__ sottoscritt__ Cognome _____ Nome _____
nato a _____ il _____ Codice Fiscale _____ Cittadinanza _____

Residenza anagrafica:

Via/Piazza _____ n. civico _____ Comune di _____ (TE)

Recapito telefonico: _____

In caso di sottoscrizione da parte di soggetto diverso dall'interessato:

In qualità di:

utente familiare tutore amministratore di sostegno altro (specificare) _____

Di:

(Generalità dell'UTENTE - da non compilare se la domanda viene sottoscritta dall'utente stesso):

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ data di nascita _____ Codice Fiscale _____

Cittadinanza _____

Residenza anagrafica:

Via/Piazza _____ n. civico _____ Comune di _____ (TE)

CHIEDE

DI ESSERE AMMESSO AL BENEFICIO DELLA COMPARTICIPAZIONE SUL TICKET SOCIO-SANITARIO PREVISTO PER STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI - ANNO 2022

Consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/00 sulle responsabilità cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e dall'art. 75 sulla decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere,

DICHIARA

1) La composizione della famiglia come appreso generalizzata (compreso il richiedente interessato):

Num. d'ord.	Rapp.to di parentela	Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	C.F.

- 2) che il richiedente (o la persona per la quale si presenta l'istanza) è interessato/a alla presente istanza in quanto si trova a beneficiare 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)	

- 3) che il richiedente (o la persona per la quale si presenta l'istanza) in relazione alla succitata prestazione ne beneficia in ragione della sotto indicata condizione:

Codice Tipologia prestazione	Target	Quota sociale giornaliera a carico utente/Comune	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)			

4) che il richiedente (o la persona per la quale si presenta l'istanza), per ciò che attiene la condizione di disabilità, connota la propria condizione:

Tipologia	Contrassegnare	Note
1) Adulto disabile non coniugato senza figli		
2) Adulto disabile - anziano non autosufficiente coniugato e/o con figli		
3) Minore con disabilità		

Che lo stesso/a risulta essere ospite/utente previa valutazione ed autorizzazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), presso la seguente struttura accreditata:

STRUTTURA DI RIFERIMENTO

Nome struttura	
Ubicazione struttura	
Città struttura	
Telefono struttura	
Fax struttura	
Mail struttura	
Referente struttura	
Altro	
Dal giorno	
Al giorno	
Giornate totali di ricovero	
Costo annuale indicativo (gg di ricovero x quota sociale giornaliera)	
Altro (specificare) _____	
Anno 2019	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Anno 2020	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

5)

- DI ESSERE RESIDENTE NEL COMUNE DI _____;
- DI ESSERE IN POSSESSO DI CERTIFICAZIONE DI INVALIDITA' CIVILE PARI AL _____ %;
- DI ESSERE PERCETTORE DI INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO;
- DI NON ESSERE PERCETTORE DI INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO;
- DI ESSERE IN POSSESSO DI CERTIFICAZIONE DI HANDICAP GRAVE (riconoscimento L. 104/92)

DICHIARA di essere consapevole che l'Amministrazione Comunale si riserva di effettuare i controlli circa la veridicità delle informazioni rese nella presente istanza.

DOCUMENTI ALLEGATI:

- Copia documento identità dell'utente e del richiedente (se non coincide);
- Dichiarazione Sostitutiva Unica ISEE Socio Sanitario Residenze e relativa Attestazione in corso di validità.
- Copia verbale di accertamento di Invalidità Civile.
- Copia verbale di accertamento ai sensi della legge n. 104/92.
- Copia ultimo verbale di valutazione ed autorizzazione dell'U.V.M.
- Copia nomina legale (per Tutore ed Amministratore di Sostegno).
- Altro _____ (Specificare).

Li, _____

IL/LA RICHIEDENTE

Ai sensi del D.Lgs. 30.6.2003 n. 196, autorizza il trattamento dei dati contenuti nella presente dichiarazione esclusivamente per l'assolvimento degli obblighi previsti dalle leggi e dai regolamenti comunali in materia.

Luogo _____ data _____

FIRMA