



# COMUNE DI SAN VINCENZO VALLE ROVETO

Provincia dell'Aquila

Cod. Fisc. e Part. I.V.A. 00217860667 C.A.P. 67050 - Tel. 0863 958114 - 958524 - Fax 0863 958369

e-mail [elektorale@pec.comune.sanvincenzovalleroveto.aq.it](mailto:elektorale@pec.comune.sanvincenzovalleroveto.aq.it) sito internet: [www.comune.sanvincenzovalleroveto.aq.it](http://www.comune.sanvincenzovalleroveto.aq.it)

COMUNE DI SAN VINCENZO V.R. (AQ)

Anno	Titolo	Classe	PARTENZ
2017	.		

Prot.n. 3332 Del 18/09/2017



## SERVIZIO AMMINISTRATIVO

il 18/09/2017

**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 2017**

### ISTANZE PER L'OTTENIMENTO DEL CONSENSO PREVENTIVO

### AVVISO

Si rende noto che, in esecuzione dei decreti del Commissario ad acta della Regione Abruzzo, per il rientro sanitario, nn. 92, 93, 103, 104 e 105 del 2014 e n. 13, 19 e 20 del 2015 e successive modificazioni ed integrazioni, in attuazione dell'Atto d'indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie e di definizione dei livelli essenziali di assistenza, introdotti rispettivamente dai DPCM del 14/02/2001 e del 29/11/2001, anche per l'anno 2017, è stata prevista l'erogazione della quota sociale di "compartecipazione alla spesa per prestazioni socio sanitarie in regime residenziale e semiresidenziale", in favore degli utenti aventi diritto i quali potranno inoltrare domanda a questo Ente entro e non oltre il 31/12/2017.

Per il solo anno 2017 si applicano provvisoriamente per il calcolo della compartecipazione dovuta dall'assistito, determinate con Deliberazione di Giunta Regionale n. 112 del 21/03/2017, gli scaglioni ISEE previsti nella seguente tabella:

Scaglione	da ISEE	a ISEE	o/o compartecipazione dovuta dall'assistito
1	€ 8.000	€ 14.000	20%
2	€ 14.001	€ 18.000	40%
3	€ 18.001	€ 21.000	60%
4	€ 21.001	€ 36.000	80%
5	€ 36.001		100%

Il modulo di domanda può essere richiesto presso i seguenti Uffici Comunali e/o disponibile sul Portale Istituzionale dell'Ente.

All'istanza dovrà essere allegata: la Dichiarazione Sostitutiva Unica e il relativo Attestato ISEE di tipo "Prestazioni socio-sanitarie residenziali" (per le sole istanze riferite a prestazioni residenziali) CON VALIDITA' AL 15.01.2018 (in caso di difetto nella presentazione della Attestazione Isee saranno presi a riferimento i redditi massimi rispetto alle soglie di compartecipazione).

Gli Utenti troveranno assistenza presso l'Ufficio intestato aperto il lunedì e giovedì dalle ore 8.30 alle ore 12.00 o il Servizio di Segretariato Sociale aperto il giovedì dalle ore 15,00 alle ore 17,00;

Le Strutture interessate sono invitate a fornire massima collaborazione all'utente, volendo avviare ogni utile contatto con gli Uffici Comunali.

Si informano i cittadini che l'istanza sarà accolta ed ammessa a compartecipazione solo ed esclusivamente dopo le verifiche tecniche con l'Azienda sanitaria; in caso di rigetto la quota di compartecipazione sarà a totale carico dell'utente.

Le modalità di erogazione della eventuale quota a carico del Comune saranno definite dopo le singole ammissioni al beneficio.

Si invita a dare massima diffusione del presente avviso all'utenza interessata e/o ai loro familiari e/o amministratori di sostegno.

IL PRESENTE AVVISO VIENE TRASMESSO, PER OPPORTUNA CONOSCENZA, ALLE STRUTTURE NOTORIAMENTE INTERESSATE RISPETTO AL COMUNE DI SAN VINCENZO VALLE ROVETO.

**IL RESPONSABILE AMMINISTRATIVO**  
(Antonio VILLA)



**RICHIESTA****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 2017**Al Comune di  
SAN VINCENZO VALLE ROVETO**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA A NORMA DELLA LEGGE N. 445/00****Generalità del richiedente:**Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_**Residenza anagrafica:**

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. civico \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ (CH)

**Recapito telefonico:** \_\_\_\_\_

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

In qualità di:

- familiare del Sig./ra \_\_\_\_\_ (precisare generalità complete)
- tutore del Sig./ra \_\_\_\_\_ (precisare generalità complete)
- amministratore di sostegno del beneficiario Sig./ra \_\_\_\_\_ (precisare generalità complete)
- altro (specificare) \_\_\_\_\_ (precisare generalità complete)

**CHIEDE****IL CONSENSO PREVENTIVO ALLA COMPARTICIPAZIONE DI CUI AL DECRETO REGIONALE N. 6/Reg del 23.12.2014, FINALIZZATO ALLA RELATIVA COMPARTICIPAZIONE, CONTESTUALMENTE ALLEGA LA PROPRIA ATTESTAZIONE ISEE****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****La composizione della famiglia come appresso generalizzata (compreso il richiedente interessato):**

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

**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)	

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"
<b>A. Prestazioni riabilitative semiresidenziali e residenziali di lungodegenza (mantenimento)</b>			
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>B. Prestazioni residenziali erogate in R.S.A.</b>			
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			
<b>C. Prestazioni residenziali erogate in R.A.</b>			
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)			
<b>D. Prestazioni socio-riabilitative residenziali erogate in strutture semiprotette/case famiglia</b>			
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) in relazione a quanto contenuto nell'art. 04 delle Linee guida di cui al Bura n. 52 del 31.12.2014, per ciò che attiene la condizione di disabilità, connota la propria condizione:

Tipologia	Contrassegnare	Note
Per "disabili gravi" si intendono le persone con disabilità in possesso della certificazione di situazione di gravità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della L. 104/1992. Per "persone con disabilità media, grave o non autosufficiente" si intendono, comunque, le persone per le quali sia stata accertata una delle condizioni descritte nella tabella di cui all'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 159 del 5 dicembre 2013 (Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE)). La condizione di "non autosufficienza" è altresì accertabile dall'Unità di valutazione multidimensionale		
Per "disabili privi del sostegno familiare" si intendono i disabili, che abbiano perso il sostegno per decesso o per malattia o per abbandono di tutti i familiari tenuti agli alimenti ai sensi dell'articolo 433 del Codice civile, inteso come assenza naturale e giuridica o come ogni altra condizione ad essa giuridicamente assimilabile, previo accertamento di tale condizione da parte del Servizio sociale professionale e/o dell'Unità di valutazione multidimensionale. Per i disabili non rientranti in tale casistica, si applicano le tariffe e le percentuali già stabilite per i disabili a seconda della fascia di appartenenza.		
Altra (Specificare)		

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		
Dal giorno		
Al giorno		
Altro (specificare) _____		
Anno 2015	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Anno 2016	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Componente aggiuntiva: Figli non compresi nel nucleo (indicati nella dichiarazione sostitutiva per ottenimento Attestazione Isee per prestazioni socio-sanitarie residenziali) tenuti al sostengo ai sensi dell'art. 433 C.C.

Nominativo	Residenza	Recapito telefonico

**Indennità economiche percepite dall'utente**

Specifica	Importo mensile

Di aver corrisposto in favore della struttura le seguenti somme richieste a titolo di compartecipazione alla spesa socio sanitaria.

€ \_\_\_\_\_ - il giorno \_\_\_\_\_

€ \_\_\_\_\_ - il giorno \_\_\_\_\_

€ \_\_\_\_\_ - il giorno \_\_\_\_\_

***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:

- Dichiarazione Sostitutiva Unica ISEE Socio Sanitario Residenze e relativa Attestazione in validità fino al 15.01.2018.
- Copia verbale di accertamento di Invalidità Civile.
- Copia verbale di accertamento ai sensi della legge n. 104/92.
- Copie verbali di valutazione ed autorizzazione dell'U.V.M. per l'anno 2017.
- Copia nomina legale (per Tutore ed Amministratore di Sostegno).
- Altro \_\_\_\_\_ (Specificare).

Lì, \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_