

Rendicontazione dei costi relativi alla compartecipazione dei Comuni alle prestazioni socio-sanitarie per l'anno 2020

Importante: compilare una scheda per ciascun Comune

[illegible]

Firma _____

Selezionare una riga, copiare ed utilizzare successivamente il comando "Inserisci celle copiate" dal menu contestuale. Per informazioni tecniche sulla compilazione contattare il n. 085.7672714 oppure inviare un messaggio all'indirizzo e-mail: osservatoriosociale@regione.abruzzo.it

C Indicare la denominazione della struttura accreditata che eroga le prestazioni socio-sanitarie.

D

Indicare la tipologia della struttura fra le seguenti: Struttura di riabilitazione ex art. 26; Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA); Residenza Assistenziale (RA); Struttura socio-riabilitativa a più alta intensità (All. B DGR 877/2001); Struttura socio-riabilitativa a minore intensità (All. C DGR 877/2001).

E

Indicare il regime: residenziale o semiresidenziale.

F

Indicare il target con scelta fra: disabile in situazione di gravità (art. 3, comma 3, L. 104/92: inabile totale); persona non autosufficiente (come accertato dall'UVM); disabile medio grave (invalidità certificata fra 67-99%); disabile privo del sostegno familiare (disabile che ha perso il sostegno di tutti i familiari tenuti agli alimenti ai sensi dell'art. 433 del Codice civile, ovvero perdita/assenza, naturale e/o giuridica, di tutti i seguenti componenti: il coniuge; i figli, anche adottivi, e, in loro mancanza, i discendenti prossimi; i genitori e, in loro mancanza, gli ascendenti prossimi; gli adottanti; i generi e le nuore; il suocero e la suocera; i fratelli e le sorelle germani o unilaterali, con precedenza dei germani sugli unilaterali); persona con problemi psichiatrici.

G

Indicare il numero di giorni di degenza

H

Indicare il Codice della tipologia di prestazione (ad esempio A.1. o C.1 o D.2, etc)

K

Indicare l'importo giornaliero della quota sociale in Euro

I

Totale complessivo della quota sociale a carico del Comune (Numero giorni di degenza moltiplicato l'importo della quota sociale giornaliera)

L

Indicare la quota che i familiari o l'utente o il Comune hanno versato alla struttura per la copertura della quota sociale o la quota di indennità di accompagnamento versata alla struttura per il pagamento dei giorni di degenza indicati.

M

Totale della quota sociale a carico del Comune da rimborsare (Totale quota sociale presunta meno le eventuali contribuzioni mensilmente versate alla struttura dalle famiglie/utenti e la eventuale quota già versata in precedenza alla struttura da parte del Comune di residenza)