

Prot. n. 20119 del 18/06/2018

## AVVISO

### PREMESSO CHE:

- Con Deliberazione di G.R. n. 552/P del 25/08/2016, pubblicata sul BURA n.1 del 04/01/2017, è stato approvato l'atto di indirizzo applicativo per l'attuazione omogenea ed integrata del D.P.C.M. n. 159/2013 nel territorio della Regione Abruzzo;
- Con Delibera della Giunta della Regione Abruzzo n° 726 del 15 novembre 2016, è stato confermato l'atto di di indirizzo applicativo per l'attuazione omogenea ed integrata del D.P.C.M. n. 159/2013 nel territorio della Regione Abruzzo;
- Con Delibera di G.R. n° 112 del 21 marzo 2017, è stato modificato l'art. 6 comma 5 dell'atto di indirizzo applicativo per l'attuazione omogenea ed integrata del D.P.C.M. n. 159/2013 nel territorio della Regione Abruzzo, prevedendo l'applicazione, solo per l'anno 2017, delle soglie intermedie di compartecipazione già determinate con deliberazione della Giunta Regionale n. 552/P del 25.08.2016 ;
- Con la citata Delibera di G.R. n° 112 del 21 marzo 2017, è stata demandata ai nuovi Enti di Ambito distrettuale, gestori del Piano Sociale 2016-2018, l'adozione di nuovi Regolamenti di accesso ai servizi sociali e definire le modalità delle prestazioni agevolate anche per gli assistiti dei servizi residenziali e semiresidenziali socio-sanitari sulla base di soglie ISEE prestabilite, nel rispetto delle soglie minima e massima di cui agli articoli 3 e 5 dell'Atto di Indirizzo Applicativo;

RICHIAMATO il "Regolamento di accesso ai Servizi Sociali", approvato con Deliberazione di C.C. n. 34 del 26/04/2017, come modificato dalla Deliberazione di C.C. n. 13 dell' 8 marzo 2018;

VISTA la Deliberazione di G.M. 92 del 29/05/2018, con la quale sono state riconfermate le soglie intermedie di compartecipazione, già determinate con deliberazione di G.M. n. 112 del 21/03/2017, e precisamente:

Soglia ISEE minima di compartecipazione dell'utente € 8.000,00

N. scaglione	da ISEE	A ISEE	Percentuale di compartecipazione dell'utente
1	€ 8.000,00	€ 14.000,00	20%
2	€ 14.001,00	€ 18.000,00	40%



3	€ 18.001,00	€ 21.000,00	60%
4	€ 21.001,00	€ 36.000,00	80%
5	€ 36.001,00	.....	100%

### **SI COMUNICA**

Che gli utenti inseriti nelle strutture socio-sanitarie, previa autorizzazione dell'UVM, sia in regime residenziale che semiresidenziale, possono inoltrare domanda di compartecipazione alle rette socio-sanitarie per l'anno 2018, presso il Comune di residenza (al momento della presa in carico degli stessi da parte della struttura), secondo il modulo allegato.

La domanda deve essere corredata dall'ISEE relativo a prestazioni socio sanitarie residenziali, nel caso in cui l'utente si trovi inserito in una struttura residenziale, oppure dall'ISEE relativo a prestazioni socio sanitarie escluse le residenziali, nel diverso caso in cui l'utente si trovi inserito in una struttura semi-residenziale.

Si precisa che gli utenti, relativamente alle prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria, hanno la facoltà di chiedere l'ISEE considerando il nucleo familiare ristretto.

In ogni caso le domande di compartecipazione, per l'anno 2018, devono pervenire al Comune di Spoltore entro e non oltre il termine perentorio del 31/12/2018.

Si allegano:

1. Modulo di domanda di compartecipazione alle rette socio-sanitarie

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

D.ssa Marilena MEI

IL RESPONSABILE DEL SETTORE I

D.ssa Sabrina DI PIETRO



Città di  
Spoltore

SETTORE I  
Servizi alla persona

COMUNE DI SPOLTORE  
UFFICIO DEI SERVIZI SOCIALI  
VIA G. DI MARZIO, 66  
65010 SPOLTORE

**Oggetto: Richiesta compartecipazione al pagamento della retta socio-sanitaria. Anno 2018.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Noto/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
C.F.: \_\_\_\_\_, recapito tel: \_\_\_\_\_

Chiede la compartecipazione, da parte del Comune di Spoltore, al costo delle prestazioni socio-sanitarie per degenza in \_\_\_\_\_,

- RESIDENZIALE
- SEMIRESIDENZIALE

Per se medesimo, oppure, in qualità di genitore/figlio/tutore/coniuge/altro (specificare) \_\_\_\_\_, per l'utente:

Cognome	Nome
---------	------

Dichiara, ai sensi del DPR 445/00 che (indicare i dati dell'utente ricoverato)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, codice fiscale: \_\_\_\_\_

- È residente a Spoltore dal \_\_\_\_\_, in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_;
- È inserito/, previa autorizzazione dell'Unità di Valutazione dimensionale (UVM) presso la struttura (nome struttura e indirizzo): \_\_\_\_\_  
dal giorno \_\_\_\_\_;
- L'importo della retta pagata è pari a euro \_\_\_\_\_;
- Percepisce l'indennità di accompagnamento  si  no  
Nel caso di risposta affermativa indicare l'importo \_\_\_\_\_;
- Percepisce la seguente pensione: \_\_\_\_\_ di importo pari ad euro \_\_\_\_\_;
- Di voler mantenere, per spese personali, il 30% del trattamento minimo pensionistico Inps.

Allega alla presente i seguenti documenti:



*città migliore*



Città di  
Spoltore

SETTORE I  
Servizi alla persona

- 1) Copia del documento di identità del richiedente;
- 2) Copia del documento di identità dell'utente;
- 3) ISEE in corso di validità relativo a prestazioni socio sanitarie residenziali, nel caso in cui l'utente si trovi inserito in una struttura residenziale, oppure dall'ISEE relativo a prestazioni socio sanitarie escluse le residenziali, nel diverso caso in cui l'utente si trovi inserito in una struttura semi-residenziale.
- 4) Altro (specificare) \_\_\_\_\_;

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che, qualora la presente richiesta non venga compilata in tutte le sue parti, non potrà darsi corso all'istruttoria della stessa a causa della mancanza dei dati necessarie per l'istruttoria medesima.

Spoltore, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

**Informativa concernente il trattamento dei dati personali.**

Il/la sottoscritto/a dichiaro/a di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D. Lgs n. 196/2003, che i dati forniti nel presente modulo saranno trattati, anche con strumenti informatici, dal Comune di Spoltore per l'erogazione della prestazione in oggetto e potranno essere comunicati a terzi per la medesima finalità, sempre nel rispetto del D. Lgs. N. 196/2003. Dichiaro altresì di essere informato che il responsabile del trattamento dei dati è il Responsabile dei Servizi Sociali del Comune di Spoltore e rilascia il consenso al trattamento dei dati.

Firma

\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a dichiara, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, di essere consapevole delle sanzioni, anche penali, in cui può incorrere in caso di dichiarazioni false o mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, così come disposto dall'art. 76 del DPR 445/2000, nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti a seguito di provvedimento adottato, come previsto dall'art. 75 del DPR n. 445/2000.

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere consapevole che il Comune di Spoltore effettuerà controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e dei documenti presentati anche avvalendosi di enti e autorità a questo preposte.

Firma

\_\_\_\_\_



*città migliore*