



Prot. n. 11782 del 04/04/2019

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 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" dell'Ambito Sociale Distrettuale n. 16 – Metropolitano, approvato con Deliberazione di C.C. n.34 del 26/04/2017 e s.m. e i.;

RICHIAMATA 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;

VISTA la Deliberazione di G.M. n.46 del 26/03/2019, avente ad oggetto: "Rette socio sanitarie



città migliore



2019. Determinazione delle fasce di reddito per la compartecipazione alla quota sociale”, con la quale sono state stabilite le seguenti fasce di reddito:

N. scaglione	da ISEE	A ISEE	Percentuale di compartecipazione dell'utente	Percentuale di compartecipazione del Comune
1	€ 0	€ 8.000,00	0%	100%
2	€ 8.001,00	€ 14.000,00	25%	75%
3	€ 14.001,00	€ 18.000,00	45%	55%
4	€ 18.001,00	€ 21.000,00	65%	35%
5	€ 21.001,00	€ 26.000,00	85%	15%
6	€ 26.001,00	€ 36.000,00	95%	5%
7	Oltre 36.000,00		100%	0%

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 2019, 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'attestazione ISEE relativa a prestazioni socio sanitarie residenziali, nel caso in cui l'utente si trovi inserito in una struttura residenziale, oppure dall'attestazione ISEE relativa 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 2019, devono pervenire al Comune di Spoltore entro e non oltre il termine perentorio del 31/12/2019.

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

D.ssa Marilena MEI

IL RESPONSABILE DEL SETTORE II

D.ssa Sabrina DI PIETRO



città migliore



Città di
Spoltore

SETTORE II
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 _____.

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 II
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 AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI

Il trattamento dei dati personali degli utenti verrà effettuato, in conformità con il Regolamento generale sulla protezione dei dati personali e con la normativa nazionale vigente, dal Comune di Spoltore.

Il trattamento dei dati verrà effettuato esclusivamente per le finalità previste dalla normativa vigente in materia di servizi comunali alla persona, con particolare riferimento al procedimento relativo alla compartecipazione alle rette socio sanitarie.

Prima di sottoscrivere il presente modulo voglia prendere visione dell'informativa complete sul trattamento che, per quanto concerne il titolare, è reperibile sul sito web del Comune di Spoltore, all'indirizzo www.comune.spoltore.pe.it.

In relazione a quanto sopra, il sottoscritto dichiara di aver preso visione e conoscenza della richiamata informativa relative al trattamento dei dati personali.

Spoltore _____ 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