

ALLEGATO "B"

AL COMUNE DI ORTONA
Servizi Sociali
S E D E

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
Residente a _____ via _____ c.f. _____

- Utente
- Familiare
- Amministratore di sostegno
- _____

dell'utente sig. _____ nato a _____ il _____
residente a _____ via _____
c.f.: _____

assistito in regime SEMIRESIDENZIALE in fase di lungo assistenza (mantenimento) dalla struttura
accreditata _____
con sede in _____ Via _____ dalla
data del _____

al fine di ottenere la compartecipazione alla spesa relativa alla quota sociale della retta di ricovero
da parte di codesto Ente

CHIEDE

Che gli venga concesso il consenso preventivo alla compartecipazione alla spesa per l'anno 2017
per le prestazioni socio sanitarie delle quali fruisce.

A tal fine, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 dichiara:

1)- di fruire della seguente tipologia di prestazione socio sanitaria, così come riportata nell'art.3 del
D.P.G.R. Abruzzo del 23.12.2014 n.6REG:

CODICE _____ TARGET _____ QUOTA SOCIALE GIORNALIERA A CARICO
UTENTE/COMUNE € _____

2)- di percepire le seguenti prestazioni e indennità di natura previdenziale e assistenziale

Allega:

- Copia indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) sociosanitario-residenze;
- Copia documento riconoscimento del richiedente.

_____, lì _____

Firma
