

DI FRUIRE DELLA TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE SOCIO SANITARIA COMPARTICIPATA:
(apporre una X sul numero corrispondente alla prestazione nell'ambito dei <Livello di Assistenza – Macro-livelli>)

Livelli di Assistenza Macro-livelli	Livelli di Assistenza micro-livelli	Prestazioni	% costi a carico dell'utente o del Comune
(1) Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare	Assistenza programmata a domicilio (ADI e ADP)	Prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona	50%
(2) Assistenza territoriale semiresidenziale	Attività sanitaria e socio sanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali	Prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socioriabilitative in regime semiresidenziale per disabili gravi	30%
(3) Assistenza territoriale semiresidenziale	Attività sanitaria e socio sanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di anziani	Prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti in regime semiresidenziale, ivi compresi interventi	50%
(4) Assistenza territoriale residenziale	Attività sanitaria e socio sanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie	Prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in strutture a bassa intensità assistenziale	60%
(5) Assistenza territoriale residenziale	Attività sanitaria e socio sanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali	Prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in regime residenziale per disabili gravi	30%
(6) Assistenza territoriale residenziale	Attività sanitaria e socio sanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali	Prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in regime residenziale per disabili privi di sostegno familiare	60%
(7) Assistenza territoriale residenziale	Attività sanitaria e socio sanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di anziani	Prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti in regime residenziale, ivi compresi interventi di	50%
(8) Assistenza territoriale residenziale	Attività sanitaria e socio sanitaria a favore di persone affette da AIDS	Prestazioni di cura e riabilitazione e trattamenti farmacologici nella fase di lungoassistenza in regime residenziale	30%

CHIEDO

la partecipazione dell'Ambito alla **COMPARTICIPAZIONE ALLA SPESA DELLE PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE** previste dal DPCM 29.11.2001 sui L.E.A. nell'ambito dell'accesso alla rete dei Servizi Socio Sanitari Territoriali di cui alla Delibera della Giunta Regionale Campania n. 50 del 28/02/2012

Per il Sig./ra _____ nato/a a _____
 il ___/___/___ stato civile _____ residente a _____ via _____
 n° _____ tel. _____ Attualmente: *quando diverso dalla residenza
 ▪ Domiciliato* a _____ via _____ n° _____ tel. _____

Io sottoscritto, consapevole delle sanzioni civili e penali in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o non più rispondenti a verità, giusto il disposto degli art. 75-76 DPR 445/2000 e segg., dichiaro sotto la mia responsabilità che i dati forniti di seguito sono veritieri e completi e mi impegno a comunicarne tempestivamente ogni variazione.

DICHIARO

- di possedere il permesso/carta di soggiorno rilasciato dalla Questura di _____
il _____;
- di essere invalido civile al _____%;
- di essere stato riconosciuto in condizione di handicap permanente grave - legge n. 104/92, art. 3 co. 3 ;
- di essere ultrasessantacinquenne e riconosciuto in condizione di non autosufficienza (invalidità totale);
- altro _____;
- di essere titolare di: Pensione I.C. Indennità di accompagnamento Indennità di frequenza
- Assegno di guerra (indicare nell'ultimo anno): €. _____ €. _____
- Pensione Reversibilità (indicare nell'ultimo anno): €. _____ Rendita.Inail (indicare nell'ultimo anno) : €. _____; Altri emolumenti (indicare tipologia) _____ (nell'ultimo anno) €. _____.

DICHIARO

- di optare per l'I.S.E.E. del nucleo familiare, più vantaggioso dell'I.S.E. individuale

DICHIARO

che comunicherò ogni variazione all'autocertificazione resa.

ALLEGRO : la dichiarazione ISEE, completa in ogni sua parte e sottoscritta, per la determinazione del valore della quota di contribuzione al costo del servizio. La dichiarazione è riferita, ai sensi dell'art. 59 comma 52 della Legge 27 dicembre 1997, n. 449, ad un nucleo familiare composto dal richiedente, dal coniuge/convivente e dagli altri soggetti considerati a suo carico ai fini IRPEF, prescindendo da altri componenti con i quali il richiedente convive; l'attestazione di non autosufficienza, come richiesta, per i cittadini ultrasessantacinquenni; l'attestazione della situazione di gravità, come richiesta, per i cittadini, minori e adulti; l'attestazione di invalidità per il familiare.

SOTTOSCRIZIONE DELLA DICHIARAZIONE

Io sottoscritto __ consapevole delle responsabilità penali che mi assumo, ai sensi dell'art. 76 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiaro di aver compilato il presente modello composto di pagine quattro, e che quanto espresso è vero ed accertabile ai sensi dell'art. 43 del citato DPR n. 445 del 2000, ovvero documentabile su richiesta delle Amministrazioni competenti.

Dichiaro, altresì, di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'articolo 71 del DPR n. 445 del 2000; potranno essere effettuati controlli sulla veridicità dei dati reddituali con i dati in possesso del sistema informativo del Ministero delle finanze.

Luogo

data

Firma

La presente dichiarazione è resa nell'interesse del soggetto che si trova in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute, dal coniuge o, in sua assenza, dal figlio o, in mancanza di questo, da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, al pubblico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante (barrare la casella se ricorre il caso).

La presente dichiarazione è resa in nome e per conto del soggetto incapace da chi ne ha la rappresentanza legale (barrare la casella se ricorre il caso).

INDICARE I DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CHE DICHIARA NELL'INTERESSE DEL SOGGETTO, MINORE, IMPEDITO O IN NOME E PER CONTO DEL SOGGETTO INCAPACE/INTERDETTO

Cognome _____ Nome _____

Comune o Stato estero di nascita _____ prov. _____

Data di nascita _____ Comune di residenza _____

Prov. _____ CAP _____ Indirizzo e numero civico _____

Numero telefonico (facoltativo) _____

(Allegare fotocopia del documento di riconoscimento del sottoscrittore della presente dichiarazione)

INFORMATIVA SUL CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI
(Decreto Legislativo 30.06.2003 n.196 art. 13)

La informiamo che:

I dati da Lei dichiarati saranno utilizzati dagli uffici esclusivamente per l'istruttoria dell'istanza da Lei formulata e per le finalità strettamente connesse;

Il trattamento viene effettuato sia con strumenti cartacei sia con elaboratori elettronici a disposizione degli uffici;

I dati non verranno comunicati a terzi se non per le finalità di controllo della autocertificazione e per l'effettuazione del servizio richiesto;

Il conferimento dei dati è obbligatorio;

Il Responsabile del trattamento è (nome e recapito) _____

Lei può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione, cancellazione dei dati come previsto dall'art. 7 del decreto rivolgendosi all'indirizzo summenzionato.

ACQUISIZIONE DEL CONSENSO DELL'INTERESSATO
(art.23 D.Lgs 196/2003)

Il sottoscritto (nome cognome) _____

Qualifica (se diversa da interessato) _____

Dà Nega il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per i fini indicati nell'informativa.

Firma Leggibile _____

In caso di minore ovvero incapace il consenso è espresso dall'esercente la potestà, prossimo congiunto, familiare, convivente.