

**Percorso assistenziale condiviso tra AUSL Pescara e Ambiti Territoriali Sociali (ATS) della
Provincia di Pescara per la gestione del paziente con necessità di ricovero in Struttura
Residenziale Assistenziale (RSA) Anziani/Disabili Adulti/Demenze e Struttura Protetta (RP)
anziani e disabili**

Alla C.A. Ufficio dei Servizi Sociali

Comune di _____

_____, li/...../.....

**OGGETTO: Richiesta di Compartecipazione della Spesa per le prestazioni in regime di
residenzialità.**

Il/la sig./ra.....

nato/a (.....) il/...../.....

- per se stesso/a
- per il/la sig./ra

in qualità di

CHIEDE

la **Compartecipazione alla spesa per il pagamento della quota sociale** e riferisce i seguenti dati
(inserire i dati della persona ricoverata)

nato/a (.....) il/...../.....

e residente a (.....)

in via C.A.P.

recapiti telefonici

attualmente ricoverato/a presso la Struttura

.....
.....

sita in

via

Allega alla presente:

- Copia documento di riconoscimento e Codice Fiscale del richiedente
- Copia documento di riconoscimento e Codice Fiscale del beneficiario (paziente)
- Copia libretto pensionistico
- Copia Modello ISEE sociosanitario - residenze
- Copia Verbale di Invalidità Civile (se già in possesso)
- Copia Verbale Legge 104/'92 (se già in possesso)
- Copia Esito dell'autorizzazione dell'UVM
- Copia del Decreto di nomina (se trattasi di paziente con Amministratore di Sostegno, etc.)
- Altro _____

In fede
