



AUSL di PESCARA

RSA di

Recapiti

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

PROT. N° DEL/...../.....

**TRASMISSIONE NOMINATIVO OSPITE CHE INTENDE RICHIEDERE LA
COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA**

Alla C.A. Ufficio Servizi Sociali del Comune di _____

A seguito dell'autorizzazione UVM n° effettuata dal Servizio competente dell'Area Distrettuale di in data/...../.....

SI COMUNICA CHE

il/la sig./ra
nato/a (.....) il/...../.....
e residente a (.....)
in via
caregiver di riferimento sig./ra
in qualità di recapiti telefonici

è stato/a ricoverato presso questa struttura il giorno/...../..... per un periodo di giorni in fascia 1° 2° 3°

Il caregiver è stato informato/a sulla possibilità di richiedere al Comune di residenza la Compartecipazione alla spesa per il pagamento della quota sociale ed ha dichiarato l'intensione di avvalersene.

L'Assistente Sociale

.....