

Comune di

SERVIZIO DI

Facente parte dell'Ambito Distrettuale Sociale _____ n. _____

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

RISULTANZA INERENTE LA "COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA"

Prot. n°..... del.....

Alla C.A. del sig/ra _____

p.c. Servizio Amministrativo della Struttura Residenziale _____

Oggetto: Retta di ricovero presso la Struttura "....." sita in per il/la Sig./ra - **comunicazione quota a carico dell'Utente.**

A seguito della richiesta di compartecipazione al pagamento della retta, rimessa dalla S.V. in data/...../..... ed acquisita al protocollo dell'Ente al numero in data/...../..... in favore del/la sig./ra nato/a (.....) il/...../..... e residente a (.....) in via ricoverata/o presso la Struttura Residenziale come da valutazione UVM in data/...../..... caregiver di riferimento sig./ra in qualità di recapiti telefonici

SI COMUNICA CHE

in considerazione dell'ISEE da Lei rimesso in data/...../..... dell'importo di €, ai sensi della normativa vigente, la compartecipazione da Lei dovuta per il pagamento della retta giornaliera di ricovero presso la Struttura suddetta ammonta a €....., poiché in base all'attestazione ISEE la quota di compartecipazione a carico dell'utente è del %.

Distinti saluti.

Il Responsabile del Procedimento