

COMUNE DI .....

Al Direttore dei Servizi Socio Sanitari  
Azienda ULSS n. 4 "Veneto Orientale"

**Oggetto:** *Accoglienza temporanea in strutture residenziali della persona non autosufficiente.*

**Domanda di attivazione intervento di pronta accoglienza (da trasmettere entro 10 giorni della data di ingresso in CSR), a favore di:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita |\_\_||\_\_| |\_\_||\_\_| |\_\_||\_\_|  
Indirizzo \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Domicilio (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
Familiare di riferimento \_\_\_\_\_ residente nel Comune di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_.

Il servizio sociale del Comune ha accertato la sussistenza dei requisiti richiesti per l'utilizzo dei posti letto per la pronta accoglienza. Ha verificato la condizione socio-familiare dell'interessato che risulta caratterizzata da eventi improvvisi non affrontabili nell'ambito della sfera familiare e ha elaborato il progetto provvisorio di pronta accoglienza che sarà proposto, per la sua rettifica, in sede di valutazione dell'Unità Operativa Distrettuale - già attivata con richiesta del |\_\_||\_\_| |\_\_||\_\_| |\_\_||\_\_|.

*Da compilare solo nel caso di attivazione urgente del posto letto:*

Il Servizio sociale del Comune, data l'urgenza ad attivare la pronta accoglienza, in accordo con la struttura residenziale ..... ha provveduto all'inserimento della persona interessata a partire dalla data |\_\_||\_\_| |\_\_||\_\_| |\_\_||\_\_|.

Periodo di accoglienza previsto dal |\_\_||\_\_| |\_\_||\_\_| |\_\_||\_\_| al |\_\_||\_\_| |\_\_||\_\_| |\_\_||\_\_| per un totale di giornate |\_\_||\_\_|.

Valore dell'impegnativa di residenzialità da riconoscere: € 52,00 x \_\_\_\_ giornate di accoglienza = Totale € \_\_\_\_\_,00

L'interessato nell'anno in corso ha già usufruito di n. |\_\_||\_\_| giornate di accoglienza.

Preferenza struttura residenziale (qualora disponibile presso la stessa il posto letto):

1. ....



2. ....

Si dichiara che:

- l'interessato è stato dichiarato invalido civile al 100% dalla Commissione per l'accertamento degli stati di invalidità civile in data \_\_\_\_\_;
- all'interessato e ai suoi familiari sono state fornite tutte le informazioni relative alle modalità di fruizione dei posti letto per la pronta accoglienza.

La differenza tra il valore dell'impegnativa di residenzialità e il costo della retta giornaliera praticata dalla struttura che accoglierà l'interessato sarà a carico:

☐ dell'interessato stesso (compresi i civilmente obbligati);

Indicare il nome della persona a cui intestare la fattura (in alternativa alla persona interessata) :

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ residente nel Comune di \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_.

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

☐ parte dell'interessato e parte del Comune di residenza nella misura che sarà comunicata alla Direzione dei Servizi Socio Sanitari dell' ULSS non appena individuata la struttura accogliente.

Indicare il nome della persona a cui intestare la fattura (in alternativa alla persona interessata):

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ residente nel Comune di \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_.

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

☐ totalmente a carico del Comune di residenza.

La scrivente Amministrazione comunale si fa garante comunque, fin d'ora, del pagamento della quota prevista a carico della persona interessata per tutto il periodo di accoglienza.

Si allegano:

- **Verbale dell'Unità di Valutazione Distrettuale, con specifica del codice profilo autonomia della persona interessata e Scheda Priorità accoglienza.**
- **S.V.A.M.A. sanitaria** (dati necessari da caricare nel portale dell'Azienda Ulss ricevente)
- Progetto definitivo di accoglienza temporanea sottoscritto dai referenti.
- Altra documentazione pertinente:

☐ \_\_\_\_\_;

☐ \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_  
(Il Responsabile del Servizio)