



## Modulo di richiesta di Prestazione Sociosanitaria Domiciliare, semiresidenziale o residenziale

Segnalazione:      diretto interessato  Familiari  MMG  PLS  Serv.Soc.d'Ambito   
Ospedale  Privato Sociale  Altro.....

Cognome e Nome.....

Luogo di nascita.....

Data di nascita...../...../.....

Residenza/Domicilio d'Assistenza  
.....

Residenza Storica .....

Familiare di riferimento .....

In qualità di .....

Recapito.....

..... Codice Fiscale .....

MMG/PLS.....

**Firma dell'Interessato o del familiare o tutore o amministratore di sostegno**



**REGIONE CAMPANIA**  
**AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO**  
 www.aslavellino.it

**Distretto di .....**

**ATTI SOGGETTI A PRIVACY**

**Prot. n.**

**Al Piano di Zona** \_\_\_\_\_  
**Al Sig. Sindaco del comune di** \_\_\_\_\_  
**Al Legale Rappresentante** \_\_\_\_\_  
**Al familiare/Amministratore/Tutore di** \_\_\_\_\_  
**Al MMG dott.** \_\_\_\_\_

**Oggetto:** convocazione U.V.I. Assistito/a \_\_\_\_\_  
 nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

In merito all'oggetto si comunica che è convocata per il giorno \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_ presso l'unità Operativa \_\_\_\_\_ del Distretto Sanitario di \_\_\_\_\_ la riunione dell'Unità di Valutazione Integrata per il l'assistito in oggetto con residenza/residenza storica presso il comune di \_\_\_\_\_.

Ai sensi dei DCA n.77 e n.81 del 2011,della DGRC n.50/2012 ed in applicazione della circolare n. 275615 dell'AGC Assistenza Sociale, nelle more della sottoscrizione della convenzione di cui alla DGRC n.50/2012, le SS.LL. in indirizzo potranno intervenire direttamente o delegando formalmente un proprio rappresentante autorizzato alla spesa .

La partecipazione alle UUVVI è adempimento reso obbligatorio dalla norma e per questo effetto nel caso in cui il rappresentante del sistema sociale, dell'Ambito e/o del comune, formalmente convocato risulti assente a due sedute consecutive delle UUVVII , l'ASL procederà alla valutazione dell'utente e le relative risultanze saranno vincolanti ai fini della compartecipazione.

Si comunica che, ai sensi del Decreto del Commissario ad Acta per il Piano di rientro del settore sanitario n.77/2011 e successiva circolare, a partire dal 01 maggio 2012 è fatto obbligo alle Strutture che erogano prestazioni sociosanitarie soggette alla compartecipazione di cui all'allegato 1C del D.P.C.M. del 29.11.2001, di fatturare all'ASL nel cui territorio opera la struttura, esclusivamente la tariffa dovuta per la componente sanitaria ed all'utente/comune la restante quota della tariffa per la componente sociale secondo le percentuali previste dal suddetto decreto.

Distinti Saluti

Il Direttore del Distretto

\_\_\_\_\_



Distretto.....  
UO.....

**Verbale Unità Valutazione Integrata**

Prot. n            del

Utente : Cognome e Nome.....

Nato il :.....

Residenza/Domicilio d'Assistenza

.....

Residenza Storica .....

Famigliare di riferimento .....

Recapito.....

MMG/PLS.....

Segnalazione:            diretto interessato     Familiari     MMG     PLS     Serv.Soc.d'Amb.

                                 Ospedale     Privato Sociale     Altro.....

Osservazioni :.....

.....

.....

.....

.....

Tipologia della Problematica    Sanitaria     Sociosanitaria     Sociale

Primo ricovero

Ricovero successivo

Periodi di ricovero residenziali/  
semiresidenziali precedentemente effettuati

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

## PROPOSTA DI PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE

**PROBLEMA CLINICO** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**OBIETTIVI PREFISSATI** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Prestazione Compartecipata:      Tipologia      RSA      CD  

Durata prevista ricovero

.....

Retta totale giornaliera: € .....

Quota ASL giornaliera pari al .....%: € .....

Quota utente giornaliera pari al .....%: € .....

Quota Comune giornaliera pari al .....%: € .....

Componenti U.V.I..	Qualifica	Presente	Assente	Firma
Dott.	M.M.G.			
Dott.	responsabile UO/specialista del distretto			
Dott.	Delegato alla spesa distretto			
Dott.	Delegato alla spesa del PdZ			
Dott.	Delegato alla spesa del comune non firmatario convenzione ex DGRC 50/2012			
Sig.	Utente/familiare o tutore o amminist.sostegno			



**REGIONE CAMPANIA**  
**AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO**  
 www.aslavellino.it

**Per le strutture sociosanitarie aziendali**

Distretto di .....  
 UO.....

**Modulo di accettazione al ricovero in R.S.A. / C.D. / Strutture a bassa intensita' assistenziale  
 Salute Mentale / ADI , e alla compartecipazione alla spesa sociosanitaria**

Il Sottoscritto.....

nato a..... il...../...../.....

residente in .....

via.....N°.....

Familiare referente del Paziente in qualità di .....

Cognome e nome.....

Nato a..... il ...../...../..... con domicilio di assistenza in

.....via..... n°.....

Chiede di usufruire del ricovero in RSA/CD e dichiara di essere stato informato:

1. sulle caratteristiche del servizio e sulle prestazioni erogate nella struttura del ricovero;
2. che è prevista la compartecipazione dell'utente e/o del PdZ o del comune non firmatario della convenzione ex DGRC n.50/2012, al .....% della spesa di ricovero giornaliero pari a €..... essendo il .....% della restante spesa di competenza dell'ASL.
3. che la quota mensile di competenza del PdZ o del comune non firmatario convenzione ex DGRC n.50/2012,e/o dell'utente relativa al ricovero, dovrà essere versata al termine del mese successivo a quello di riferimento attraverso bonifico bancario IBAN IT89P0760115100000013435839 o CCP n13435839 intestato all'ASL Avellino , inserendo obbligatoriamente la causale "quota sociale per (cognome, nome, data di nascita, comune di residenza dell'utente) con ricovero (specificare tipologia) nel periodo (specificare mese ed anno) nella struttura (denominazione struttura).
4. **che la copia del bonifico bancario/bollettino postale andrà consegnata al Distretto Sanitario di residenza del paziente e alla Direzione Sanitaria della Struttura.**

Data ...../...../.....

Firma per accettazione utente o familiare o tutore o Amministratore sostegno  
 n. documento d'identità

Firma per accettazione delegato del PdZ  
 o del comune non firmatario convenzione ex DGRC n.50/2012



REGIONE CAMPANIA  
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO  
www.aslavellino.it

Distretto di .....

**Per le strutture sociosanitarie aziendali**

Al Sig .....

Al familiare / amministratore sig.....

Al legale Rappresentante Strutture.....

Al Sig. sindaco del comune di residenza storica.....

Al distretto sanitario di residenza storica.....

**Oggetto:** Valutazione UVI ed Autorizzazione – decreto commissario ad acta n.6/2010

Assistito sig.	
Nato a	Il
Residenza	Via
Comune di residenza storica all'atto del primo ricovero:	
Visto il verbale riunione UVI del _____ ai sensi dei Decreti n.6/2010 e n.77/2011 del Commissario ad Acta e della DGRC n.50/2012	
<b>SI AUTORIZZA :</b>	
Trattamento in regime:	
Presso il Centro	
A decorrere dal	Con scadenza
Retta giornaliera	
Quota a carico dell'ASL .....% pari a €.....	
Quota di compartecipazione a carico del PdZ o del comune se non firmatario convenzione ex DGRC50/2012 .....% pari a €.....	
Quota di compartecipazione a carico dell'utente .....% pari a €.....	

**La presente comunicazione sostituisce eventuali precedenti autorizzazioni.**

La quota mensile di competenza del PdZ o del Comune non firmatario della convenzione ex DGRC n.50/2012, e/o dell'utente relativa al ricovero, dovrà essere versata al termine del mese successivo a quello di riferimento attraverso conto corrente postale n. 13435839 oppure bonifico bancario IBAN n. IT89P076115100000013435839 intestato all'ASL Avellino inserendo obbligatoriamente la causale "quota sociale per (cognome, nome, data di nascita, comune di residenza dell'utente) con ricovero (specificare tipologia) nel periodo (specificare mese ed anno) nella struttura (denominazione struttura)". **Copia del versamento dovrà essere consegnata allo scrivente Distretto Sanitario e alla Direzione Sanitaria della struttura.**

**Il Responsabile UO**  
dott.

**Il Direttore del Distretto**  
dott.



Distretto di .....  
UO.....

**Modulo di accettazione al ricovero in R.S.A. / C.D. / Strutture a bassa intensita' assistenziale  
Salute Mentale / ADI , e alla compartecipazione alla spesa sociosanitaria**

Il Sottoscritto.....

nato a..... il...../...../.....

residente in .....

via.....N°.....

Familiare referente del Paziente in qualità di .....

Cognome e nome.....

Nato a..... il ...../...../..... con domicilio di assistenza in

.....via..... n°.....

Chiede di usufruire del ricovero in RSA/CD /comunità alloggio psichiatrica e dichiara di essere stato informato:

1. sulle caratteristiche del servizio e sulle prestazioni erogate nella struttura del ricovero;
2. che è prevista la compartecipazione dell'utente e/o del PdZ o del comune non firmatario della convenzione ex DGRC n.50/2012, al .....% della spesa di ricovero giornaliero pari a €..... essendo il .....% della restante spesa di competenza dell'ASL.
3. che ,come da normativa regionale,la quota sociale mensile di competenza del PdZ o del comune, se non firmatario convenzione ex DGRC n.50/2012, e/o dell'utente relativa al ricovero, dovrà essere versata direttamente alla struttura di ricovero.

Data ...../...../.....

Firma per accettazione utente o familiare o tutore o Amministratore sostegno  
n. documento d'identità

Firma per accettazione delegato del PdZ  
o del comune non firmatario convenzione ex DGRC n.50/2012



**REGIONE CAMPANIA**  
**AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO**  
 www.aslavellino.it

Distretto di

Tel. \_\_\_\_\_ – Fax \_\_\_\_\_

.....@aslavellino.it

**Al Sig.....**

**al familiare / amministratore sig.....**

**Al PdZ di .....**

**Al legale Rappresentante Struttura.....**

**Al Sig. sindaco del comune di residenza storica.....**

**Al distretto sanitario di residenza storica .....**

**Oggetto:** Valutazione UVI -Autorizzazione di cui ai decreti commissariali n.6 e n.77 /2011

Assistito sig.	
Nato a	Il
Residenza storica all'atto del primo ricovero	Residenza attuale
Comune di residenza storica all'atto del primo ricovero:	
Visto il verbale riunione UVI del _____ ai sensi dei Decreti n.6/2010 e n.77/2011 del Commissario ad Acta e della DGRC n.50/2012	
<b>SI AUTORIZZA :</b>	
Trattamento in regime: <i>(definire la prestazione secondo il DPCM 29-11-2001)</i>	
Presso il Centro	
A decorrere dal	Con scadenza
Retta giornaliera: <i>(importo definito dal decreto n.6 con indicazione del livello intensità)</i>	
Quota a carico dell'ASL .....% pari a € .....	
Quota di compartecipazione a carico del PdZ o del comune non firmatario convenzione ex DGRC50/2012 .....% pari a € .....	
Quota di compartecipazione a carico dell'utente .....% pari a € .....	

**La presente annulla e sostituisce eventuali precedenti autorizzazioni.**

- La quota dovuta per la componente sanitaria sarà fatturata alla ASL nel cui territorio opera la struttura di ricovero;
- la quota sociale sarà fatturata dalla struttura di ricovero direttamente all'Ambito Sociale territorialmente competente o al comune di residenza storica non firmatario della convenzione ex DGRC n.50-2012 e/o all'utente.

**Il Responsabile UO**  
**dott.**

**Il Direttore del Distretto**  
**dott.**