



Spettabile A.T.S. dell' Insubria
Sede Territoriale di Varese
U.O.S. Budget Contrattualizzazione e
Flussi Informativi
Via O. Rossi n. 9
21100 - V A R E S E

e p.c. All'U.O.S. Assistenza territoriale alla fragilità e
ai bisogni complessi

**MODULO PER LA COMUNICAZIONE DI MOTIVI DI SOSPENSIONE O DECADIMENTO DEI
BENEFICI di cui alla DGR del 30/10/2015 N° X/4249**

Il Sig./a _____ sesso M F

in qualità di:

Familiare

Tutore

Curatore

Amministratore di sostegno

Codice Fiscale _____

nato/a a _____ Prov. _____ il ___ / ___ / ___

residente a _____ Prov. _____

in Via _____ n° _____

domiciliato a _____ Prov. _____

in Via _____

Tel. abitazione _____ Cell. _____

del Sig./a _____ sesso M F

Affetto da:

- Sclerosi Laterale Amiotrofica o altre Malattie del Motoneurone
- Stato Vegetativo
- Patologie che comportano la dipendenza vitale e la necessità di assistenza continua nell'arco delle 24 ore per persone con età inferiore ai 70 anni.

Codice Fiscale _____

nato/a a _____ Prov. _____ il ___ / ___ / ___

residente a _____ Prov. _____

in Via _____ n° _____

domiciliato a _____ Prov. _____

in Via _____

Tel. abitazione _____ Cell. _____

con riferimento ai contenuti della D.G.R. n° X/4249 del 30/10/2015 "Programma operativo regionale in materia di gravissime disabilità in condizione di dipendenza vitale, di cui al fondo nazionale per le non autosufficienze anno 2015".

COMUNICA

a codesta Spettabile ATS che sono intervenuti i seguenti motivi di sospensione o decadimento del diritto ai benefici economici:

- accoglienza definitiva presso Unità d'offerta socio sanitarie (Residenza Sanitaria Assistenziale per Anziani o per Disabili, Hospice, Comunità Alloggio Socio Sanitarie per persone con disabilità):
ricovero definitivo ordinario dal ___/___/____
- ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale:
ricovero temporaneo di sollievo dal ___/___/____ al ___/___/____
- inserimento in Unità d'offerta semiresidenziali socio sanitarie (Strutture Riabilitative in diurno continuo, Centro Diurno Disabili, Centro Diurno Integrato):
dal ___/___/____ al ___/___/____

presso:

indicare se Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA), Residenza Sanitaria per Disabili (RSD), Strutture Riabilitative in diurno continuo, Hospice, Comunità Socio Sanitaria (CSS), Centro Diurno Disabili (CDD) e Centro Diurno Integrato (CDI):

- trasferimento della residenza della persona in altra Regione:
dal ___/___/____
- assenza definitiva o temporanea dal domicilio:
dal ___/___/____ al ___/___/____
- decesso il ___/___/____
 - o presso il proprio domicilio
 - o presso la Struttura: _____

Firma del
Familiare o
Tutore o
Curatore o
Amministratore di sostegno

Data _____
