Regione Abruzzo

Dipartimento Politiche per la Salute ed il welfare

Strutture operanti sul territorio regionale

Rendicontazione dei costi relativi alla compartecipazione dei Comuni alle prestazioni socio-sanitarie per l'anno 2015

COMUNE: CARSOLI

A	B	C	D	E	F	G	H	K	I	L	M
Progr.	Stato anagrafico utente	Denominazione Struttura ospitante	Tipologia Struttura ospitante	Regime	Target utente	N. Giorni totali di degenza	Codice Quota	Quota sociale giornaliera in euro	Totale Quota sociale (GxK)	Quota a carico di familiari/utente o Comune versata alla struttura (Quota alberghiera)	**Totale quota netta sostenuta dal Comune fatturata dalla struttura (I-L)**
1	Adulto	INI-CANISTRO	Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)	Residenziale	Persona non autosufficiente	151,0	B.2	€ 43,93	€ 6.633,43	€ 3.900,33	**€ 2.733,10**
									€ 0,00		**€ 0,00**
									€ 0,00		**€ 0,00**
									€ 0,00		**€ 0,00**
									€ 0,00		**€ 0,00**
									€ 0,00		**€ 0,00**
									€ 0,00		**€ 0,00**
									€ 0,00		**€ 0,00**
									€ 0,00		**€ 0,00**
									€ 0,00		**€ 0,00**
									€ 0,00		**€ 0,00**
									€ 0,00		**€ 0,00**
									€ 0,00		**€ 0,00**
									€ 0,00		**€ 0,00**
									€ 0,00		**€ 0,00**
									€ 0,00		**€ 0,00**
									€ 0,00		**€ 0,00**
									€ 0,00		**€ 0,00**
									€ 0,00		**€ 0,00**
									€ 0,00		**€ 0,00**
									€ 0,00		**€ 0,00**
									€ 0,00		**€ 0,00**
									€ 0,00		**€ 0,00**
									€ 0,00		**€ 0,00**
								Totali	€ 6.633,43	€ 3.900,33	€ 2.733,10

Colonne a completamento automatico

Data 26/01/2016 Firma **F.to Dott.sa Sabrina Marzano**

N.B.
Dotazione software minima: Microsoft Excel 97-2003

In caso di necessità, aggiungere righe. Procedura consigliata:
Selezionare una riga, copiare ed utilizzare successivamente il comando "Inserisci celle copiate" dal menu contestuale. Per informazioni tecniche sulla compilazione contattare il n. 085.7672030 oppure inviare un messaggio all'indirizzo e-mail: osservatoriosociale@regione.abruzzo.it

Legenda compilazione:

A	Indicare il numero progressivo dei casi
B	Precisare se l'utente è: minore di anni 18, adulto, anziano ultrasessantacinquenne.
C	Indicare la denominazione della struttura accreditata che eroga le prestazioni socio-sanitarie.
D	Indicare la tipologia della struttura fra le seguenti: Struttura di riabilitazione ex art. 26; Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA); Residenza Assistenziale (RA); Struttura socio-riabilitativa a più alta intensità (All. B DGR 877/2001); Struttura socio-riabilitativa a minore intensità (All. C DGR 877/2001).
E	Indicare il regime: residenziale o semiresidenziale.
F	Indicare il target con scelta fra: disabile in situazione di gravità (art. 3, comma 3, L. 104/92; inabile totale); persona non autosufficiente (come accertato dall'UVM); disabile medio grave (invalidità certificata fra 67-99%); disabile privo del sostegno familiare (disabile che ha perso il sostegno di tutti i familiari tenuti agli alimenti ai sensi dell'art. 433 del Codice civile, ovvero perdita/assenza, naturale e/o giuridica, di tutti i seguenti componenti: il coniuge; i figli, anche adottivi, e, in loro mancanza, i discendenti prossimi; i genitori e, in loro mancanza, gli ascendenti prossimi; gli adottanti; i generi e le nuore; il suocero e la suocera; i fratelli e le sorelle germani o unilaterali, con precedenza dei germani sugli unilaterali); persona con problemi psichiatrici.
G	Indicare il numero di giorni di degenza
H	Indicare il Codice della tipologia di prestazione (ad esempio A.1. o C.1 o D.2, etc), come riportato nella Tabella A sulle tariffe di compartecipazione delle prestazioni socio-sanitarie.
K	Indicare l'importo giornaliero della quota sociale in Euro, secondo le allegateTabelle 1.a, 1.b e 1.c
I	Totale complessivo della quota sociale a carico del Comune (Numero giorni di degenza moltiplicato l'importo della quota sociale giornaliera)
L	Indicare la quota che i familiari o l'utente o il Comune hanno versato alla struttura per la copertura della quota alberghiera (R.A. e R.S.A.) o, nel caso di Residenze ex art. 26, la quota di indennità di accompagnamento versata alla struttura per il pagamento dei giorni di degenza indicati
M	Totale della quota sociale a carico del Comune da rimborsare (Totale quota sociale presunta meno le eventuali contribuzioni mensilmente versate alla struttura dalle famiglie/utenti e la eventuale quota già versata in precedenza alla struttura da parte del Comune di residenza)