MODULO 2 – CENTRI DIURNI, DOMICILIARITA' e ASSISTENZA – ANNO **2024**
(la compilazione di tutte le voci è obbligatoria)

Nome e Cognome persona assistita: _____

INFORMAZIONI OBBLIGATORIE PER L'ACCESSO ALLA DOMANDA DI BORSA ANZIANI *Regolamento Art.4 lettere d) ed e)*		
A	È stata presentata la domanda per accesso alla **quota sanitaria erogata dal Servizio Sanitario Nazionale ***	Sì ☐ No ☐
	Esito della richiesta	positivo ☐ negativo ☐ in corso di valutazione ☐
B	È stata presentata domanda per un **contributo dei Servizi Sociali ***	Sì ☐ No ☐
	Esito della richiesta	positivo ☐ negativo ☐ in corso di valutazione ☐
C	È stata presentata la domanda per **l'assegno di accompagnamento ***	Sì ☐ No ☐
	Esito della richiesta	positivo ☐ negativo ☐ in corso di valutazione ☐

**** Se la domanda non è stata presentata indicare la motivazione nell'allegato Modulo 1A***

INFORMAZIONI SULLA TIPOLOGIA DI ASSISTENZA		
N.	**DESCRIZIONE VOCI**	**Opzione**
1	Presenza di assistenza domiciliare (badante)	☐
2	Assistenza infermieristica privata	☐
3	Assistenza domiciliare servita da casa di riposo _____	☐
4	Assistenza presso Centro Diurno _____	☐
5	Altro _____ *(descrivere nel MOD. 2A tipologia e costi)*	☐

INFORMAZIONI SUI COSTI SOSTENUTI (valori annui)		
N.	**DESCRIZIONE VOCI**	**IMPORTI**
1	COSTO ANNUALE ASSISTENZA *(in caso di più voci, indicare l'importo di ciascuna)*[1]: _____ _____	_____ _____
2	SPESE DI CONDUZIONE DELLA CASA E SPESE PERSONALI[2]	€ 9.298,25
3	**COSTO TOTALE ANNUALE**	

COPERTURA SPESE e RICHIESTA ALLA CSD		
1	CONTRIBUTO ANNUO ALLA SPESA DA PARTE DELL'OSPITE (DI CUI € _____ ASSEGNO DI ACCOMPAGNAMENTO)	
2	INTEGRAZIONI CORRISPOSTE DAGLI ENTI PUBBLICI	
3	INTEGRAZIONE CORRISPOSTA DALLA FAMIGLIA SULLA BASE DEGLI OBBLIGHI DERIVANTI DALLE NORMATIVE e/o DEGLI IMPEGNI FORMALMENTE ASSUNTI CON LA STRUTTURA	
4	DIFFERENZA RETTA NON COPERTA DALL'OSPITE e/o DA TERZI	
5	**CONTRIBUTO RICHIESTO ALLA CSD**	

[1] In caso di assistenza domiciliare e/o infermieristica privata allegare adeguata documentazione attestante i costi sostenuti. Non sono necessari allegati in caso di frequentazione di centri diurni o di assistenza domiciliare fornita da case di riposo.
[2] Cifra forfettaria non modificabile, calcolata al 125% del trattamento minimo della pensione INPS

Al fine di poter comunicare agevolmente con un famigliare, un tutore o una persona di fiducia di riferimento del richiedente al di fuori della struttura vi preghiamo di compilare la seguente griglia:

RECAPITI DELLA PERSONA DI RIFERIMENTO	
Cognome e nome	
Grado di parentela con il/la richiedente	
Via e n. civico	
Cap, città, provincia	
N. di telefono	
Indirizzo e-mail	

In fede,

FIRMA RICHIEDENTE _____

RISERVATO ALLA CSD
PERVENUTO IL

Nome e cognome persona assistita: _____

MODULO 1A	
A	**Non è stata presentata la domanda per accesso alla quota sanitaria erogata dal Servizio Sanitario Nazionale per le seguenti motivazioni:**
B	**Non è stata presentata domanda di contributo ai Servizi Sociali per le seguenti motivazioni:**
C	**Non è stata presentata la domanda per l'assegno di accompagnamento per le seguenti motivazioni:**

In fede,

FIRMA RICHIEDENTE _____

Nome e cognome persona assistita: _____

MODULO 2A

INFORMAZIONI SULLA TIPOLOGIA DI ASSISTENZA

INFORMAZIONI SUI COSTI DELL'ASSISTENZA

In fede,

FIRMA RICHIEDENTE _____