

COMUNE DI PESCOSOLIDO (Provincia di Frosinone)

All. A - D.G.C. N. 8 DEL 17/01/2015 - UTENTE G.G.

Schema di rendicontazione. esemplificativo per la determinazione della quota per cui è possibile richiedere contributo finanziario alla Regione per il periodo 01/01/2015 - 31/12/2015.

. **Quota direttamente a carico dell'assistito pari al 50% (con concorso del Comune territorialmente competente)**

. **Quota a carico del Fondo Sanitario 50%**

Dalla lettera A) alla G) si identifica l'utente ed i costi giornalieri della quota sociale							In questa colonna si stabilisce la QUOTA totale sociale per il periodo esatto di permanenza nella struttura		Dalla lettera I) alla M) si calcola, la contribuzione da richiedere all'utente arrivando a determinare l'importo mensile che potrà essere richiesto all'utente (Si veda circolare Assessorato Politiche Sociali Nr. 081 del 02.01.2008)							Le colonne N) e O) stabiliscono la quota sociale a carico dell'utente e riferita ai giorni di degenza e quella a carico dei comuni di cui gli stessi potranno richiedere l'80% di concorso finanziario alla Regione.		
A	B	C	D	E	F	G	H (FXG)	I	J	K	L	M (I-J)+K+L	N	O (H-N)				
UTENTE (Numero progressivo)	R.S.A.	Accreditata	DATA RICOVERO	HANDICAP >65 NON AUT.	GIORNI DEGENZA dal 01.01.14 al 09.05.2014	QUOTA GIORN. R.S.A.	QUOTA (Sociale) R.S.A.	ISEE MENSILE	QUOTA SALVAG.	ACCOMP.	EVENT. Contribuz Familiari	QUOTA UTENTE MENSILE	QUOTA UTENTE	QUOTA COMUNALE				
1	SALUS	si	01/01/2015	si	365	59,2	21 608,00	0	353,54	504,07		504,07	6.048,84	15.559,16				
													TOTALE	15.559,16				

