



Spettabile
Direzione Sociosanitaria dell'A.T.S. dell'Insubria
Sede Territoriale di Varese
Via O. Rossi n. 9
21100 - V A R E S E

Spettabile Direzione Sociosanitaria ASST
Sede di.....
Via.....
CAP.....COMUNE.....

MODULO PER LA COMUNICAZIONE DI MOTIVI DI SOSPENSIONE O DECADIMENTO DEI BENEFICI di cui alle DD.G.R. N°XII/1669/2023 e N°XII/2033/2024

Il Sig./a _____ sesso M F

in qualità di:

- Beneficiario**
- Genitore esercente la responsabilità genitoriale in modo congiunto**
- Genitore esercente la responsabilità genitoriale in via esclusiva**
- Esercente la tutela legale** (indicare estremi del provvedimento _____)
- Coniuge o, in sua assenza, figlio o, in mancanza di questi, altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado** (indicare relazione di parentela: _____).

DEL DISABILE GRAVISSIMO

Nome _____ Cognome _____

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 delle DD.G.R. 1669/2023 e 2033/2024

COMUNICA

a codeste Spettabili ATS/ASST che sono intervenuti i seguenti motivi di sospensione o decadimento del diritto al beneficio economico:

DECADIMENTO

- Accoglienza definitiva presso Unità d'offerta residenziali sanitarie, sociosanitarie o sociali (Residenza Sanitaria Assistenziale per Anziani o per Disabili, Hospice, Comunità Alloggio Socio Sanitarie per persone con disabilità, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità, Comunità Educativa...):
ricovero definitivo di lungassistenza dal ___/___/___

- Misura B2 dal ___/___/_____
- Misura RSA aperta ex D.G.R. 7769/2018 dal ___/___/_____
- Inserimento in Unità d’Offerta semiresidenziali sanitarie, socio sanitarie o sociali >=18 ore (es. regime semiresidenziale di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza, Riabilitazione in diurno continuo, CDD, CDI, CSE, presa in carico con Sperimentazioni riabilitazione minori disabili in regime diurno ex DGR 3239/2012):
dal ___/___/_____ al ___/___/_____ per n. ore _____
- Home Care Premium/INPS HCP ___/___/_____
- Trasferimento della residenza della persona in altra Regione:
dal ___/___/_____
- Assenza definitiva dal domicilio:
dal ___/___/_____
- decesso il ___/___/_____
 - presso il proprio domicilio
 - presso la Struttura
- Contributo da risorse progetti di vita indipendente – PRO.VI – per onere assistente personale regolarmente impiegato dal ___/___/_____

indicare la denominazione e la tipologia dell’Unità d’Offerta in cui il disabile è stato inserito:

SOSPENSIONE

- 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 ___/___/_____
- Ricovero di sollievo per adulti oltre i 60 giorni/anno
- Ricovero di sollievo per minori oltre i 90 giorni/anno
- Attivazione di una Misura/intervento non compatibile con la Misura B1
- Permanenza della persona con disabilità fuori regione oltre 90 giorni annuali:
dal ___/___/_____ al ___/___/_____

In caso di SOSPENSIONE la Misura B1 sarà riattivata dal giorno del rientro a domicilio a seguito della comunicazione supportata da idonea documentazione.

Luogo e data

Firma (1)

(firma del dichiarante)

(firma dell’altro genitore esercente la responsabilità genitoriale)

(1) Nel caso in cui la domanda riguardi un minore, e sia compilata da uno dei genitori esercenti la responsabilità genitoriale in maniera congiunta, deve essere sottoscritta per adesione/accettazione da entrambi i genitori.