

Allegato 18

SOCIETA' DELLA SALUTE
Zona Fiorentina Nord Ovest

Sede legale Via A. Gramsci, 561 - 500019 Sesto Fiorentino

Verbale Commissione Assistenza

Area ANZIANI

Comune di SIGNA

L'anno 2018, il giorno 25 del mese di GENNAIO

preso atto dello svolgimento della pre-commissione per la valutazione professionale delle richieste di prestazione assistenziale, si è riunita la Commissione Assistenza di cui all'art. 7 del Regolamento di accesso ai servizi sociali SdS, approvato con deliberazione Assemblea n. 1/2017, per la verifica della copertura finanziaria, con l'ausilio del segretario verbalizzante Francesca Stagi

Vengono quindi esaminate le richieste presentate dal Responsabile Professionale di Area Dott.ssa Sabrina Enea e per ciascuna, in caso di accoglimento, viene di seguito indicata la spesa prevista, la decorrenza, eventualmente il periodo di intervento da parte del Responsabile del Polo di CAMPI BISENZIO E SIGNA Dott.ssa Antonella Borrelli che autorizza la spesa .

Viene altresì riportata la compartecipazione e/o esenzione da parte dell'utente per i servizi che lo prevedono.

In caso di non accoglimento della richiesta viene dato atto della motivazione.

Vengono altresì verbalizzati gli eventuali casi di sospensione della richiesta. Le motivate deroghe previste dal Regolamento devono essere esplicitate.

L'Elenco delle richieste esaminate con il parere espresso dalla Commissione, siglato in ogni sua pagina, costituisce allegato parte integrante e sostanziale del presente verbale, e il tutto è conservato in originale agli atti dell'ufficio competente.

In merito ai benefici concessi, si attesta altresì da parte del Responsabile Professionale e del Responsabile Amministrativo l'assenza di conflitto d'interesse ex art 6 bis Legge 241/90 come introdotto dalla Legge 190/2012

Letto, approvato e sottoscritto

Il Responsabile Area Professionale/Servizio Sociale Professionale

Nominativo Dott.ssa Sabrina Enea

Firma *Sabrina Enea*

Il Responsabile Polo amministrativo Campi Bisenzio e Signa

Nominativo Dott.ssa Antonella Borrelli

Firma *Antonella Borrelli*

Polo Amm.vo CAMPI BISENZIO E SIGNA		ELENCO allegato al verbale del 25/01/2018		COMMISSIONE ASSISTENZA COMUNE DI SIGNA AREA ANZIANI	
Richiedente (COGNOME e NOME) INIZIALI		Prestazione richiesta	Parere Commissione	Spesa (in euro)	Periodo intervento / Decorrenza
D.M.		CONTRIBUTO ECONOMICO 2017 NON RISCOSSO ENTRO IL 31/12/17 E ANNULLATO DA RIMETTERE IN PAGAMENTO A FEBBRAIO 2018	PARENTE POSITIVO	150,00	FEBBRAIO 2018.
V.V.		CONTRIBUTO ECONOMICO 80 X 2 MESI	PARENTE POSITIVO	160,00	FEBBRAIO E MARZO 2018
C.M.		ASSISTENZA DOMICILIARE 2 ORE SETTIMANALI (NESSUNA COMPARTICIPAZIONE)	PARENTE POSITIVO	22,20/H	01/01/2018 – 31/12/2018
G.A.		CONTRIBUTO ECONOMICO 100 X 2	PARENTE POSITIVO	200,00	FEBBRAIO E MARZO 2018