



Società della Salute della Toscana

SOCIETÀ' DELLA SALUTE Zona Fiorentina Nord Ovest

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

*Allegato
8)*

Verbale Commissione Assistenza

Area ANZIANI

Comune di LASTRA A SIGNA

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

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 Oriana Cecchetti

Vengono quindi esaminate le richieste presentate dal Responsabile Professionale di Area Adulti + Handicap 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 Scandicci/Lastra a Signa 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 D.ssa Sabrina Enea

Firma _____

Il Responsabile Polo amministrativo Scandicci/Lastra a Signa

Nominativo D.ssa Sandra Sticci

Firma _____

Intervento	Iniziali	Cognome Nome	Data inizio	Data fine	Importo Spesa	Parere Commissione	Note parere	Struttura
Compartecipazione quota sociale	F.F.		28/04/2018		€ 11,00	Accolto		RSA ALFA COLUMBUS