



Regione Lombardia

Famiglia e Solidarietà Sociale



II VOUCHER
socio-sanitario

EROGAZIONE PRESTAZIONI DI ASS. DOMICILIARE IL VOUCHER

Distretto di _____

ASL _____

Anagrafica	Codice S.S.N. _____ Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____ Sesso <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Comune di residenza _____
Motivo Prescrizione	_____ _____ _____
Tipo impegnativa	<input type="checkbox"/> Prima Prescrizione Cambio profilo/Tipo prestazioni <input type="checkbox"/> Proroga Ultima impegnativa data/Prot. <input type="checkbox"/> Durata dell'assistenza dal: _____ al: _____
Profilo ass. domiciliare	<input type="checkbox"/> Profilo 1 e 362,00 mese <input type="checkbox"/> Profilo 2 e 464,00 mese <input type="checkbox"/> Profilo 3 e 619,00 mese
Dichiarazione del richiedente	Il richiedente vista la prescrizione, dichiara di scegliere: _____ _____ Per l'assistenza domiciliare secondo le modalità sopra riportate <p style="text-align: center;">Firma per accettazione _____</p>
Dichiarazione ente accreditato	L'Ente Accreditato accetta _____ si impegna a fornire le prestazioni così come sopra riportate e a comunicare alla ASL ogni eventuale cambiamento (barrare la voce interessata) <input type="checkbox"/> Conferma Livello <input type="checkbox"/> Passaggio di livello <input type="checkbox"/> Dimissione <p style="text-align: center;">Firma _____</p>
_____ Timbro _____	_____ Data _____ _____ Firma _____

VOUCHER SOCIO-SANITARIO

Il Voucher Socio-Sanitario un contributo economico, sotto forma di "assegno", erogato dalla Regione Lombardia attraverso le ASL, che pu essere utilizzato esclusivamente per lacquisto di prestazioni di assistenza domiciliare socio-sanitaria integrata da organizzazioni accreditate, pubbliche e private, "profit" e "non profit", erogate da operatori qualificati (caregiver professionali).

PER INFORMAZIONI
SUL VOUCHER SOCIO-SANITARIO

