

Scheda di Sintesi - Modulo Riepilogativo Rimborsi Richiesti SECONDA ANNUALITA' – COSTI ANNO 2022

Modulo da pre-compilare tramite il seguente link:

<https://forms.gle/z5J11XXDch8YLWFR7>

Il modulo compilato verrà automaticamente restituito all'indirizzo email indicato nel questionario: dovrà essere stampato in formato pdf e allegato all'istanza.

Manifestazione di interesse alla misura economica di sostegno in attuazione dell'art. 19-novies, comma 1 del DL n. 137/2020, convertito con Legge n. 176/2020. Il ANNUALITA' (COSTI ANNO 2022)

Il presente modulo dovrà essere compilato singolarmente per ciascun CUDES/Codice Struttura per il quale si chiede la misura economica di sostegno.

Qualsiasi informazione potrà essere richiesta a dipartimento.paapss@ats-valpadana.it o ai seguenti contatti telefonici:

SS Negoziazione e Contratti Sociosanitari: 0376/334440 – 0376/334613

SS Negoziazione e Contratti Sanitari: 0372/497255

Dipartimento PIPSS: 0376/334045 – 0376/334561

Email:

ENTE GESTORE (denominazione): _____

Tipologia Ente: Pubblico - Privato - Terzo Settore:

- Ente Pubblico
- Ente Privato
- Ente del Terzo Settore

Comune e Provincia della Sede Legale dell'Ente:

Struttura per la quale si richiede la misura economica:

- RSA accreditata
- Post Acuta Residenziale
- CSS a contratto
- RSD a contratto
- Comunità per Tossicodipendenti Residenziale a contratto
- Cure Intermedie (ex IDR) a contratto
- Cure Palliative Residenziali a contratto
- Residenzialità Assistita a contratto
- Struttura Residenziale a contratto di Psichiatria e/o Residenzialità Leggera
- Struttura Residenziale a contratto di Neuropsichiatria
- Struttura Residenziale sociale Alloggio per Autonomia
- Struttura Residenziale sociale Alloggio Protetto Anziani
- Struttura Residenziale sociale Comunità Alloggio Disabili
- Struttura Residenziale sociale Comunità Alloggio Sociale Anziani
- Struttura Residenziale sociale Comunità Educativa
- Struttura Residenziale sociale Comunità Familiare

Cudes / Codice Struttura:

Indirizzo Struttura (Via - Comune - Prov):

Indirizzo PEC:

Importo totale richiesto a rimborso per l'unità di offerta sopra indicata: _____
(indicare la somma degli importi riportati nella voce "Importo Richiesto per la Misura" delle fatture sottoindicate)

Elenco Fatture:

Riferimento Fattura (inserire numero fattura):

Data Fattura:

Data Quietanza di Pagamento:

Natura del costo (indicare la tipologia di DPI o altro dispositivo medicale):

Importo TOTALE Fattura/Documento Contabile:

Importo Richiesto per la Misura:

Eventuali Note:

Riferimento Fattura (inserire numero fattura):

Data Fattura:

Data Quietanza di Pagamento:

Natura del costo (indicare la tipologia di DPI o altro dispositivo medicale):

Importo TOTALE Fattura/Documento Contabile:

Importo Richiesto per la Misura:

Eventuali Note:

Riferimento Fattura (inserire numero fattura):

Data Fattura:

Natura del costo (indicare la tipologia di DPI o altro dispositivo medicale):

Data Quietanza di Pagamento:

Importo TOTALE Fattura/Documento Contabile:

Importo Richiesto per la Misura:

Eventuali Note:

Riferimento Fattura (inserire numero fattura):

Data Fattura:

Natura del costo (indicare la tipologia di DPI o altro dispositivo medicale):

Data Quietanza di Pagamento:

Importo TOTALE Fattura/Documento Contabile:

Importo Richiesto per la Misura:

Eventuali Note: