REGIONE MARCHE
Giunta regionale

ALLEGATO B

FAC-SIMILE

Modello di autocertificazione dei maggiori costi sostenuti per un incremento di necessità assistenziali COVID correlate (Periodo 1 marzo 2020 – 30 giugno 2020)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i.)

Il sottoscritto_____

nato il _____ in _____ (Prov.___)

residente in Via_____(Prov.___)

Documento di riconoscimento in corso di validità

n. _____rilasciato da_____

di cui si allega copia non autenticata (ai sensi e per gli effetti dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28.12.2000 e s.m.i.,).

In qualità di **legale rappresentante**

della Struttura_____

con sede Legale in Via_____(Prov.____)

e Sede Operativa in Via_____(Prov. ____)

Consapevole delle sanzioni, civili e penali, richiamate anche dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del richiamato D.P.R., ai sensi e per gli effetti dell'art.47 dello stesso D.P.R. 445/2000 e s.m.i., sotto la propria responsabilità

REGIONE MARCHE
Giunta regionale

DICHIARA

che nel periodo **dal 1/03/2020 al 30/06/2020**:

1) Ha registrato maggiori costi per la gestione, in struttura, di pazienti COVID positivi diagnosticati e quindi maggiori costi per l'utilizzo di DPI e la sanificazione per le seguenti giornate di degenza:

GG DI DEGENZA GENERATE DA CASI COVID POSITIVI SU PL CONVENZIONATI AMMONTARE DEI MAGGIORI COSTI PER LA GESTIONE, IN STRUTTURA,				
MARZO (a)	APRILE (b)	MAGGIO (c)	GIUGNO (d)	TOTALE GIORNATE (e) =(a)+ (b)+ (c) + (d)
Ammontare dei maggiori costi per la gestione, in struttura, di pazienti COVID (1e) x € 25				

2) Ha registrato maggiori costi per l'acquisto dei DPI e per la sanificazione ai fini della prevenzione del contagio per tutti i posti letto convenzionati, che hanno generato le seguenti giornate di degenza **al netto delle eventuali giornate di cui al punto 1)**

GG DI DEGENZA EROGATE NEL PERIDODO SOTTO RIPORTATO PER I POSTI LETTO CONVENZIONATI - AMMONTARE DEI MAGGIORI COSTI PER LA GESTIONE, IN STRUTTURA, DI PAZIENTI NON COVID				
MARZO (a)	APRILE (b)	MAGGIO (c)	GIUGNO (d)	TOTALE GIORNATE (e) =(a)+ (b)+ (c) + (d)
Ammontare dei maggiori costi per la gestione, in struttura, di pazienti NON COVID (2e) x € 5				

3) Ai fini dell'incremento del 5% della componente sanitaria della tariffa residenziale dichiara che le giornate di degenza erogate nei posti letto convenzionati sono le seguenti:

CALCOLO DELL'INCREMENTO DEL 5% DELLA COMPONENTE SANITARIA DELLA TARIFFA RESIDENZIALE					
TIPOLOGIA di PL convenzionati *(sigla del setting assistenziale di riferimento secondo codifica Reg.to Regionale n.1/2018)*	**Numero di posti letto convenzionati**	**GG di degenza su posti letto convenzionati** Relative al periodo (a)	**TARIFFA** Quota sanitaria unitaria *DGR n.1331/2014 DGR n. 118/2016 DGR n.1437/2018 DGR n. 1668/2019*	**Valore unitario del 5% sulla tariffa** (***Differenziale***) *DGR n.1331/2014 DGR n. 118/2016 DGR n.1437/2018 DGR n. 1668/2019* (b)	**Ammontare dell'incremento del 5% sulla tariffa** per il periodo marzo-giugno c= (a)*(b)
Valore dell'incremento del 5% della componente sanitaria della tariffa residenziale (3e) = c1+c2+c3 + c4….					

MAGGIORI COSTI RICONOSCIBILI PER UN INCREMENTO DI NECESSITÀ ASSISTENZIALI COVID CORRELATE			
Maggiori costi per la gestione, in struttura, di pazienti COVID (1e)	Ammontare dei maggiori costi per la gestione, in struttura, di pazienti NON COVID (2e)	Valore dell'incremento del 5% della componente sanitaria della tariffa residenziale (3e)	**TOTALE COSTI RICONOSCIBILI** (4e) = (1e) + (2e) + (3e)

DICHIARA INOLTRE

di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e dell'art. 13 del D. Lgs 30 giugno 2003 n° 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

Firma del Dichiarante

(Nome e Cognome per esteso)

_____

Si allega copia del documento di riconoscimento in corso di validità.