

DOMANDA DI AMMISSIONE RESIDENZA PER ANZIANI

Il/La sottoscritto/a

oppure

Il/La sottoscritto/a

Data di nascita Luogo di nascita.....

Via N.....

Recapiti telefonici

In qualità di della sig. ra / del Sig.

PRESENTA DOMANDA DI AMMISSIONE PRESSO LA RESIDENZA PER ANZIANI "TORRE DELLA ROCCHETTA S.R.L." E CONTESTUALMENTE SI IMPEGNA SIN DA ORA A CORRISOPNDERE ALLA " TORRE DELLA ROCCHETTA" L'IMPORTO DELLA RETTA IN VIGORE, DAL 1/08/2013 AMMON-TANTE A:

- € 60,00 / die IVA ESENTE PER OSIPTE IN CAMERA DOPPIA
- € 65,00 / die IVA ESENTE PER OSPITE IN CAMERA SINGOLA
- € 70,00 / die IVA ESENTE PER OSPITI CHE EFFETTUANO RICOVERI TEMPORANEI INFERIORI O PARI A 60 GIORNI

ACCETTANDO NEL CONTEMPO GLI EVENTUALI AUMENTI CHE VERRANNO APPOR-TATI DURANTE LA DEGENZA. LA DIREZIONE DELLA STRUTTURA NON GARANTISCE LA CUSTODIA DEI VALORI IN DENARO O PREZIOSI AFFIDATI ESCLUSIVAMENTE AGLI OSPITI. IN TAL SENSO E' POSSIBILE LASCIARE DENARO O PREZIOSI IN DIREZIONE, DIETRO RILASCIO DI APPOSITA RICEVUTA, SENZA RESPONSABILITA' PER LA "TOR-RE DELLA ROCCHETTA S.R.L." IN MERITO A FURTI, DANNEGGIAMENTI O ALRO. NEL CASO IL RICHIEDENTE SIA PERSONA DIVERSA DALL'INTERESSATO/A ALL'AMMISSIO-NE, LA PRESENTE DOMANDA E' DA INTENDERSI EFFETTUATA CON IL CONSENSO DI QUEST'ULTIMO/A. RETTA IN VIGORE: VEDERE CARTA DEI SERVIZI (PARTE INTE-GRANTE DEL PRESENTE CONTRATTO)



DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA INTERESSATA ALL'AMMISSIONE:

COGNOME..... NOME

DATA DI NASCITA..... LUOGO DI NASCITA.....

RESIDENTE A PROVINCIA

VIA..... N°

RECAPITI TELEFONICI

STATO CIVILE..... N° FIGLI MASCHI

N° FIGLIE FEMMINE.....

CODICE FISCALE

ASL DI APPARTENENZA

TESSERA SANITARIA.....

DATI RELATIVI ALLA RICHIESTA DI AMMISSIONE

PROVENIENZA DELLA PERSONA

CASA	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
OSPEDALE	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
ALTRO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
BENEFICIARIO DI BUONO SOCIO SANITARIO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
BENEFICIARIO DI A.D.I./VOUCHER	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI



INVALIDITA'

NO [] SI [] TIPO %

RICOVERATO PRESSO

MOTIVO INGRESSO RESIDENZA PER ANZIANI

.....
.....
.....

ALTRI REFERENTI PER LA PERSONA DA CONTATTARE

COGNOME NOME

GRADO DI PARENTELA CON L'OSPITE

DATA DI NASCITA..... LUOGO DI NASCITA

RESIDENTE A

VIA N°

RECAPITI TELEFONICI

CODICE FISCALE

DATI RELATIVI ALLE RISORSE ECONOMICHE DELL'INTERESSATO ALLA'MMISSIONE

INTESTATARIO DI INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO: NO [] SI []

SITUAZIONE PENSIONISTICA:

[] NESSUNA PENSIONE [] ANZIANITA'/VECCHIAIA [] SOCIALE

[] SPECIALE (GUERRA,INFORTUNIO SUL LAVORO,ECC..) [] REVERSIBILITA'



DATI RELATIVI ALLA TIPOLOGIA DEL RICOVERO RICHIESTO

TIPOLOGIA A TEMPO DETERMINATO PER N° MESI
 A TEMPO INDETERMINATO

NECESSITA' DI INGRESSO URGENTE
 BREVE TERMINE
 LUNGO TERMINE

ELENCO DEI DOCUMENTI DA PRODURRE AL MOMENTO DELLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI INGRESSO:

- 1. FOTOCOPIA DELLA CARTA DI IDENTITA'
- 2. FOTOCOPIA TESSERA SANITARIA/CARTA REGIONALE DEI SERVIZI
- 3. FOTOCOPIA DEL VERBALE O DELLA DOMANDA DI INVALIDITA'
- 4. FOTOCOPIA TESSERINO ESENZIONE TICKET
- 5. SCHEDA ASSISTENZIALE E SCHEDA SANITARIA ALLEGATE

DATA

FIRMA DEL SOTTOSCRITTORE

PER RICEVUTA ED ACCETTAZIONE:

FIRMA REFERENTE

RESIDENZA PER ANZIANI