

Cupramontana, li _____

Al signor Presidente della
Fondazione Papa Giovanni Paolo II°
Via M. Ferranti nr. 51
60034 Cupramontana (An)

Oggetto: Domanda di ammissione nella Casa di Riposo per Anziani di Cupramontana.

_____ sottoscritt _____,
nat _____ a _____, il _____, residente in _____,
Via _____, n. _____, (tel.
n. _____), chiede di essere ospitato presso la struttura socio-assistenziale gestita da codesto
Ente, nel reparto:

- protetto, per persone non autosufficienti stabilizzate, ma abbisognevole di prestazioni assistenziali e infermieristiche di un certo rilievo;
- Casa di Riposo.

_____ sottoscritt _____ si impegna al pagamento della retta di ricovero, nell'importo che sarà stabilito dall'Amministrazione dell'Ente, in rate mensili anticipate, entro il giorno 10 di ciascun mese di competenza, così pure al pagamento di ogni altro onere conseguente il servizio;

_____ sottoscritt _____ dichiara di aver preso visione delle rette vigenti e dichiara di essere consapevole che le stesse vengono deliberate ed aggiornate di anno in anno.

_____ sottoscritt _____ dichiara inoltre di essere consapevole ed accettare:

- a) Che i posti letto vengono assegnati a titolo provvisorio, ovvero che è facoltà della Direzione spostare l'ospite in altra camera per ragioni di servizio;
- b) Che la retta di degenza è composta, per i posti letto convenzionati con l'ASUR, oltre che dalla quota base "alberghiera", anche da servizi supplementari: assistenza extra socio-sanitaria, ad integrazione del minutaggio garantito dell'ASUR, e del servizio di lavaggio biancheria personale.

Si impegna a rispettare le disposizioni previste nel regolamento che disciplina l'attività e il funzionamento della struttura.

Allega alla presente la seguente documentazione:

- Scheda di valutazione del grado di autonomia e dei problemi sanitari, da compilarsi dal proprio medico curante (nella diagnosi va specificata l'affezione o meno da malattie infettive e per i casi in cui

si richiede il ricovero in reparto protetto, tale richiesta va specificata nella parte relativa agli interventi chiesti);

- Fotocopia di un proprio documento di riconoscimento.

Dichiara che __ sig. __ _____ ha i seguenti parenti prossimi (in mancanza di parenti obbligati, indicare persone a cui poter comunque fare riferimento in caso di bisogno), oltre al sottoscritto:

Nome e cognome	grado di parentela	Residenza	n. telefono

__ sottoscritt __ dichiara altresì di percepire i seguenti redditi:

e all'uopo allega copia del certificato e/o certificati di pensione e altra documentazione comprovante la situazione reddituale.

In attesa che venga gentilmente comunicata l'accettazione o meno della presente domanda, ringrazia ed ossequia.

Firma del richiedente

IMPEGNO DEI FAMILIARI O ATRI SOGGETTI AL PAGAMENTO DELLA RETTA

__ sottoscritt __, _____
parente obbligat __ agli alimenti, ai sensi dell'art. 433 del C.C., de ____ sig. __ _____

oppure

in quanto _____ 1

sig. _____

si impegna _____ ad effettuare il regolare pagamento della retta di ricovero, per conto del _____
suddett _____, ed a sostenere ogni altro onere derivante dal ricovero.

Firma _____

Autorizzazione al trattamento dei dati personali

Si autorizza l'Amministrazione della Casa di Riposo di Cupramontana ad utilizzare i dati personali esposti nella presente domanda, ed in caso di accoglimento della stessa, di tutti quei dati del ricoverato, anche di carattere sanitario, che saranno necessari in futuro, per gli usi amministrativi e di assistenza di rito, per valutazioni statistiche e quant'altro, in rispetto alle prescrizioni della vigente normativa in materia.

Firma del richiedente

firma degli obbligati
