

OSPEDALE DI CARITA' di SANFRONT

C.so G. Marconi 30 tel. 0175-948553 fax 0175-948949 e-mail: ospedale.sanfront@tiscalinet.it

DOMANDA DI AMMISSIONE NEI NUCLEI R.A./R.A.A.

data.....

Il/la sottoscritto/a.....
 Nato/a a il
 Residente a (indirizzo completo).....
 Tel.

CHIEDE DI ESSERE OSPITATO/A presso codesta "CASA DI RIPOSO"
 (contrassegnare l'ipotesi che interessa)

	<u>Retta giornaliera</u>
<input type="checkbox"/> camera tre letti senza servizi	€ 41,10
<input type="checkbox"/> camera tre letti con servizi	€ 45,15
<input type="checkbox"/> camera due letti senza servizi	€ 42,10
<input type="checkbox"/> camera due letti con servizi	€ 47,20
<input type="checkbox"/> camera singola con servizi	€ 56,35
<input type="checkbox"/> + Incr. Non autosuf.	€ 4,50

- Dichiaro di essere fisicamente e psichicamente autosufficiente e di non necessitare di assistenza specifica.
- Dichiaro di, inoltre, di uniformarsi alle disposizioni vigenti nell'Istituto per tutto quanto riguarda la vita di comunità sotto ogni aspetto.
- Dichiaro di essere stato informato che, nell'eventualità di un peggioramento delle condizioni psico-fisiche, potrebbe presentarsi la necessità del trasferimento in nucleo appropriato.
- L'Ospite e/o il/i Garante/i prendono atto che, qualora si presenti la motivata necessità, potrà essere effettuato lo spostamento, anche temporaneo, di camera.
- Si obbliga a corrispondere la retta presso la Tesoreria dell'Ente, entro il 15° giorno del mese successivo a quello di riferimento, nella misura stabilita dall'Amministrazione e nelle eventuali sue future variazioni; (Alla retta mensile versata in ritardo, potrà essere applicata una maggiorazione stabilita dall'Amministrazione).

All'uopo fornisce le garanzie di cui in calce.

Alla presente allega la documentazione sotto indicata.

In attesa di comunicazioni ringrazia ed ossequia.

(Firma Ospite).....

(Firma Garante/i)

PERSONE DI RIFERIMENTO:

COGNOME E NOME	GRADO DI PARENTELA	INDIRIZZO	N. ☎

Documenti da allegare:

1. **Dichiarazione medica** certificante l'autosufficienza fisica e psichica (mod. OPT) e l'**indice di valutazione funzionale globale (G.E.F.I.)**;
2. **Fotocopia carta d'identità** o in alternativa autocertificazione ai sensi della legge n. 127/1997 e s.m.i., **fotocopia codice fiscale**, **tessera sanitaria** ed eventuali attestazioni di esenzione.

ANNOTAZIONI:

- La retta stabilita dall'amministrazione include le spese di vitto, alloggio, riscaldamento e servizi generali. Esclude i tickets e le spese per i medicinali, che dovranno essere regolati direttamente presso la Farmacia locale, almeno ogni 15 gg., se si intende usufruire del servizio di fornitura effettuato dall'Ente. Coloro che intendono procurarsi personalmente i farmaci, possono regolarsi di conseguenza, fermo restando che:
 - a) il personale dell'Ente non svolge servizi ed operazioni che comportino maneggio denaro di terzi;
 - b) l'Ospite o chi per esso che non intenda avvalersi del servizio di cui sopra dovrà garantire i medicinali al bisogno con la massima tempestività e collaborazione.
- Le assenze dell'Ospite per motivi di salute, quali ricoveri ospedalieri, cure sanitarie, particolari terapie, ecc.. comportano il pagamento della retta nella misura ridotta del 50% per i primi 15 giorni (consecutivi). A partire dal sedicesimo giorno l'Ospite deve nuovamente versare la retta intera, ma ha diritto alla conservazione del posto.
- Le assenze dell'Ospite per motivi personali, diversi da quelli di cui al punto precedente, sono consentite per un periodo massimo di 30 giorni (consecutivi), durante i quali la retta deve comunque essere versata per intero. Decorso tale periodo non è più garantita la conservazione del posto.
- Nel rispetto dell'orario, **l'uscita fuori dall'Istituto è libera ed è quindi sotto la totale e completa responsabilità dell'interessato e/o dei garanti.**

Il / la sottoscritto/a si impegna ad accettare tutte le condizioni previste nel **Regolamento interno**, obbligandosi ad osservarle.

Con la firma della presente si esprime altresì il consenso al trattamento dei propri dati personali e sensibili per le finalità di cui all'informativa acquisita o acquisibile in futuro dall'Ente, ai sensi del D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali)

(Firma Ospite)

(Firma Garante/i)

GARANZIE ECONOMICHE:

Il/La sottoscritto/a _____
cognome e nome - indirizzo – recapito telefonico – grado di parentela)

si impegna (si impegnano) a garantire il pagamento della retta a favore di
.....nella misura e nei termini stabiliti dall'Amministrazione .

Firma Ospite
Firma Garanti
.....
.....

In mancanza di tale dichiarazione è necessario presentare analoga dichiarazione da parte dell'Ente gestore dei servizi socio assistenziali (Comune, Consorzio Monviso Solidale, Comunità Montana, ecc.)

Testo indicativo:

“L'Ente assume formale impegnativa di garantire il pagamento della retta di degenza a favore di avente domicilio di soccorso nel Comune stesso nella misura stabilita dall'Ospedale di Carità di Sanfront.”