

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

Data \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a (indirizzo completo) \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

Medico di medicina generale (di base) dott./ssa \_\_\_\_\_

CHIEDE DI ESSERE OSPITATO/A presso "FONDAZIONE CASA DI RIPOSO SANFRONT"

### Retta giornaliera a carico ospite NUCLEO R.S.A.

Utenza privata		Utenza in convenzione	
Utenza privata residente	<input type="checkbox"/> € 70,00	<input type="checkbox"/> Alta	€ 47,87
		<input type="checkbox"/> Medio-Alta	€ 44,00
Utenza privata non residente	<input type="checkbox"/> € 72,00	<input type="checkbox"/> Media	€ 38,68
		<input type="checkbox"/> Medio-Bassa	€ 36,50
		<input type="checkbox"/> Bassa	€ 35,78
		Ingresso in convezione: _____	

### Retta giornaliera a carico ospite NUCLEO R.A.

<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

- Dichiaro 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 BPER BANCA – Filiale di Sanfront, entro il 15° giorno del mese successivo a quello di riferimento, nella misura stabilita dall'Amministrazione e nelle eventuali sue future variazioni.

(Firma Ospite) \_\_\_\_\_

(Firma Garante/i) \_\_\_\_\_



**PERSONE DI RIFERIMENTO:**

COGNOME E NOME	GRADO DI PARENTELA	INDIRIZZO	N. ☎

**Documenti da allegare:**

1. **Scheda informativa sanitaria e indice di valutazione funzionale globale (G.E.F.I.);**
2. **Fotocopia carta d'identità, fotocopia codice fiscale** ed eventuali attestazioni di esenzione.
3. **Certificato di avvenuta vaccinazione anti Covid-19.**

**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 (**salvo diverse indicazioni dettate dalla situazione sanitaria nazionale**) 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 dell'artt. 13 e 14 del regolamento UE 2016/679.

(Firma Ospite) \_\_\_\_\_

(Firma Garante/i) \_\_\_\_\_

**GARANZIE ECONOMICHE:**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_, numero di telefono \_\_\_\_\_, in quanto (grado di parentela) \_\_\_\_\_ dell'ospite si impegna a garantire il pagamento della retta a favore di \_\_\_\_\_ nella misura e nei termini stabiliti dall'Amministrazione .

(Firma Ospite) \_\_\_\_\_

(Firma Garante/i) \_\_\_\_\_

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.).

“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.”