

MODULO DI INGRESSO

(.....)

Sottoscritta/o

Cognome: _____ nome: _____

Luogo di nascita: _____ data di nascita: _____

Stato di famiglia: _____ professione: _____

residente a: _____ via: _____ n° _____

cittadinanza: _____

medico: _____ eventuale n° tel.: _____

codice fiscale: _____

Richiede

l'ammissione nella Casa di Riposo per anziani
Villa Celeste (B.F.B. s.r.l.) dal giorno _____

Rosora, li _____

Firma della / del richiedente

Dati dei familiari

| Cognome e nome (coniuge, figli, genitori) | Indirizzo | Telefono | Grado di parentela |
|--|-----------|----------|-----------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Persona a cui fare riferimento in caso di bisogno:

| Cognome e nome | Indirizzo | Telefono | Grado di parentela |
|----------------|-----------|----------|-----------------------|
| | | | |

Firma della persona di riferimento: _____

In assenza della persona di riferimento è contattata la seguente persona:

| Cognome e nome | Indirizzo | Telefono | Grado di parentela |
|----------------|-----------|----------|-----------------------|
| | | | |

L'ammissione è richiesta:

- dal richiedente stesso
- dai familiari
- da altra persona o istituzione

Motivo per il ricovero:

problemi nell'ambito sociale / SIPSA

problemi abitativi

problemi sanitari

altro motivo (specificare)

Provenienza:

da un'altra Casa di Riposo/Degenza

da struttura ospedaliera

da ambito familiare con assistenza domiciliare

da ambito familiare senza assistenza domiciliare

da altra struttura

altro (specificare)

Alla domanda vanno allegati i seguenti documenti:

(Ai sensi del D.P.R. del 28.12.2000 n. 445 documenti possono essere allegati anche con autocertificazione)

certificato medico

impegnativo di pagamento della retta del richiedente e del comune

copia della carta d'identità valida

copia della tessera personale per l'assistenza sanitaria (libretto cassa malati di una volta)

copia dell'autocertificazione ai fini dell'esenzione della partecipazione alla spesa sanitaria per motivi di reddito (esenzione ticket)

eventuali documenti comprovanti lo stato di necessità al ricovero

(Non necessari per tutte le case di riposo)

modulo "assistenza: valutazione sociale"

modulo "assistenza: valutazione del grado d'autosufficienza"

Osservazioni:

IMPEGNATIVA PAGAMENTO

Sottoscritta/o _____

Grado di parentela _____

Nata/o il _____ a _____ (Prov. _____)

Residente a _____ Via _____ n° _____

Numero telefono _____

s i i m p e g n a

a pagare dal giorno dell'effettiva ammissione della/del sig.ra/sig. _____
_____ nella Casa di Riposo la retta giornaliera ovvero di
provvedere al pagamento della stessa.

Inoltre la/il sottoscritta/o si impegna ad assumersi tutti gli aumenti della retta spettanti.
Questo impegno vale fino al giorno dell'uscita o dell'eventuale morte della/del ricoverata/o.

_____, li _____

(firma del dichiarante)

Da apporsi in presenza del/della dipendente addetto/a o, se non possibile, da firmare allegando fotocopia del documento di identità valido o altrimenti fare autenticare.