

Alla Direzione della
 Casa di Riposo Maria S.S. delle Grazie
 Gestione GHS srl
 C.so Umberto I°, 81
 85013 (PZ) - Genzano di
 Lucania

.....

Oggetto: domanda di ammissione presso la Casa di Riposo "Maria S.S. delle Grazie"

_I_sottoscritt_	COGNOME:			NOME:	
nato/a	COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA		PROV	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE
residente a	C.A.P	COMUNE DI RESIDENZA	PROV	INDIRIZZO(via,piazza,num.civico)	TELEFONO
Stato civile	INDICARE LO STATO CIVILE		COGNOME DEL CONIUGE		NOME DEL CONIUGE
Documento d'identità	NUMERO DI UN DOCUMENTO VALIDO D'IDENTITA'			RILASCIATO DA	DATA DEL RILASCIO

Dati anagrafici di altra persona richiedente in nome e per conto

_I_sottoscritt_	COGNOME:			NOME:	
nato/a	COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA		PROV	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE
residente a	C.A.P	COMUNE DI RESIDENZA	PROV	INDIRIZZO(via,piazza,num.civico)	TELEFONO
Documento d'identità	NUMERO DI UN DOCUMENTO VALIDO D'IDENTITA'			RILASCIATO DA	DATA DEL RILASCIO

che agisce in nome e per conto della persona della quale si chiede l'ammissione in struttura in qualità di:

Tutore Procuratore Figlio/a _____

CHIEDE

L'accoglimento presso codesta struttura,

ovvero l'accoglimento del_Sig._

COGNOME	NOME
---------	------

A tal fine si impegna:

1. ad osservare incondizionatamente tutte le norme previste dalla Carta dei Servizi adottata da codesta Struttura
2. a comunicare tempestivamente eventuali rinunce;

DICHIARA

1. di avere preso atto dell'ammontare della retta mensile di degenza pari a € _____ il cui versamento anticipato è previsto alle seguenti condizioni:
 - Bonifico Bancario con accredito periodico entro il 5 del mese di riferimento sul Conto Corrente IT52K0870842000000040300717,
 - Assegno circolare bancario/postale da consegnare presso la segreteria della Casa di Riposo entro il 5 del mese di riferimento;
All'atto dell'ammissione viene concordato con l'ospite e/o i suoi familiari la data di disponibilità del posto letto.
Da tale data decorre il pagamento della retta intera ancorchè l'accoglienza sia effettuata nel corso del mese di riferimento.
2. ai sensi del D.lgs.196/2003, di avere ricevuto completa informativa sul trattamento dei dati personali e di esprimere il proprio consenso al trattamento ed alla comunicazione dei medesimi ed in particolare di quelli considerati sensibili dall'art. 24 della medesima legge, o che possano costituire oggetto di trattamento per le finalità di una corretta gestione dei rapporti intercorrenti con la rete dei Servizi Socio Sanitari Assistenziali, le Case di Riposo, Consulenti, Enti Previdenziali ed Assistenziali, Istituti di Credito, Enti Pubblici Nazionali, Regionali e Provinciali, sempre nei limiti per le finalità e la durata precisati nell'informativa;
3. che tutti i dati riportati sulla presente richiesta sono completi e veritieri;
4. di accettare specificamente le seguenti condizioni particolari:
 - o Periodo di prova di 30 giorni, o di diversa durata se particolari esigenze lo richiedessero, decorrente dalla data di accoglimento del richiedente presso la Casa di Riposo. Al termine del periodo di prova con esito positivo l'accoglienza diverrà definitiva, in caso contrario il richiedente si impegna a liberare l'alloggio assegnato concordando le modalità con la Direzione della Casa di Riposo;
 - o L'eventuale variazione dell'importo della retta mensile;
 - o La facoltà della Direzione della Casa di Riposo di prevedere eventuali variazioni dell'alloggio nell'ambito della struttura qualora richiesto da ragioni di opportunità;
 - o Facoltà della Direzione della Casa di Riposo di risolvere, in qualsiasi momento, l'accoglienza in caso di morosità con preavviso di 15 giorni o, in caso di particolare gravità, preavviso di 24 ore;
 - o Versamento di un deposito cauzionale di €100,00 per l'acquisto di medicinali e/o presidi non forniti in esenzione dal SSN e si impegna a ricostituire tale deposito a seguito di specifiche rendicontazioni;
 - o Rimborso delle eventuali spese di viaggio o spostamenti con ambulanza sostenute dalla Direzione della Casa di Riposo sostenute per conto del richiedente.

IL SOTTOSCRITTO PRENDE ATTO

Che la Direzione della Casa di Riposo potrà richiedere in caso di necessità urgenti l'assistenza straordinaria notturna o ospedaliera ai familiari del richiedente dei quali se ne comunica i nominativi al successivo punto.

COMUNICA

i seguenti nominativi ed indirizzi di familiari e/o conoscenti ai quali la Casa di Riposo potrà rivolgersi in caso di necessità con le priorità indicate:

Cognome e Nome	Relazione di parentela	Indirizzo	Telefono

Confida nell'accoglimento della presente e porge cordiali saluti.

_____ / _____
(Luogo) (data)

Firma _____
(Richiedente)

Impossibilitato a firmare per:

Teste _____

_____ Teste _____

Allegati alla Richiesta di Ammissione

- carta di identità o altro documento di riconoscimento
- tessera sanitaria rilasciata dall'ASL
- codice fiscale
- documentazione sanitaria rilasciata dal medico di base con eventuale prescrizione di terapia
- documentazione sanitaria relativa a ricoveri ospedalieri e/o in case di cura (ad es. cartella clinica, esami diagnostici ecc.).
- Certificato del medico di famiglia dell'assistito constatante le condizioni psico-fisiche del soggetto e la situazione familiare e socio-ambientale
- Eventuali certificati di medici specialisti (geriatra, fisiatra, neurologo, psichiatra) del servizio di medicina specialistica dell'ASL di competenza
- Certificato attestante l'esenzione da malattie contagiose e/o mentali nonché l'esenzione della necessità di assistenza continua
- Eventuale copia del verbale di accertamento d'invalidità civile
- Atto di nomina dell'Amministratore di sostegno o del Tutore
- Altri documenti allegati : _____

_____, _____
(Luogo) (data)

Firma _____
(Richiedente)

Impossibilitato a firmare per:

Teste _____
Teste _____