

Modulo per la presentazione della RICHIESTA DI AMMISSIONE RESIDENZIALE



FONDAZIONE
MONS. COMI
O N L U S

Residenza Sanitaria Assistenziale

Via Forlanini, 6 - 21016 Luino (VA) - Tel.
0332/542311 - Fax. 0332/511.226 - e-mail:
info@fondazionecomi.it - sito web:
www.fondazionecomi.it - C.F. 84002350126 -
P.IVA 02191770128

Parte riservata all'Istituto:

PROTOCOLLO _____

Annotazioni:

DATI DELLA PERSONA DI CUI SI CHIEDE IL RICOVERO :

MASCHIO FEMMINA

COGNOME - NOME: _____

(per le femmine): eventuale COGNOME acquisito: _____

STATO CIVILE _____ Codice Fiscale _____

nato/nata il _____ Comune (o Stato Estero di nascita) _____

Comune di residenza _____ Provincia _____

Indirizzo _____ telefono _____

CODICE ASSISTITO (rilevato su Tessera Regionale Sanitaria): _____

numero figli maschi _____ numero figlie femmine _____

scolarizzazione _____ professione prima della pensione _____

INDICARE IL PRINCIPALE MOTIVO DELLA RICHIESTA DI RICOVERO (scegliere una risposta):

la persona da ricoverare ha perso l'autonomia fisica / psichica

l'attuale alloggio non è più idoneo

la persona da ricoverare vive solo/a

la famiglia non è in grado di provvedere alla sua salute

altre motivazioni; precisare: _____

INDICARE SE LA PERSONA DA RICOVERARE E':

NON AUTOSUFFICIENTE PARZIALE / TOTALE (NAT): retta giornaliera omnicomprensiva € 66,00

malato di ALZHEIMER: retta giornaliera omnicomprensiva € 68,50

camere SOLVENTI: retta giornaliera € 80,00

camere SOLVENTI PERIODO ESTIVO DAL 01.06 AL 30.09: retta giornaliera € 90,00

(supplemento per camera singola € 10 giornalieri)

INDICARE SE LA PERSONA DA RICOVERARE USUFRUISCE DI:

>> BUONO SOCIO SANITARIO: SI NO Ha presentato domanda

>> ASSEGNO DI ACCOMPAGNAMENTO: SI NO Ha presentato domanda

>> ASSISTENZA DOMICILIARE integrata: SI NO Ha presentato domanda

>> VOUCHER: SI NO Ha presentato domanda

ONERE DELLA RETTA:

IN PROPRIO A PARZIALE CARICO COMUNE A TOTALE CARICO COMUNE

INDICARE SE PER LA PERSONA DA RICOVERARE E' STATO NOMINATO UN:

TUTORE CURATORE AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

DATI DELLA PERSONA CHE INOLTRA LA DOMANDA DI RICOVERO :

NOME - COGNOME: _____

codice fiscale _____

Grado di parentela con la persona da ricoverare _____

nato/nata il _____ Comune (o Stato Estero di nascita) _____

Comune di residenza _____ Provincia _____

Indirizzo _____

numeri telefono di riferimento _____

ALTRE PERSONE DI RIFERIMENTO :

NOME - COGNOME: _____

Grado di parentela con la persona da ricoverare _____

Comune di residenza _____ Provincia _____

Indirizzo _____

numeri telefono di riferimento _____

La presente domanda di ricovero ha validità di un anno dalla data di inoltro: trascorso tale termine dovrà essere rinnovata allegando la certificazione medica aggiornata.

Il/la sottoscritto/a si impegna, al momento dell'ammissione dell'ospite, al pagamento totale della retta stabilita per tutto il periodo di degenza.

Autocertificazione di Stato di famiglia :

Consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi nei casi previsti dall'art.76 del DPR 445/2000 sono puniti ai sensi del codice penale e delle Leggi speciali in materia, DICHIARA che la famiglia della persona di cui si chiede il ricovero risulta così composta:

1) _____
(Cognome - nome) (nato/a a:) (il)

2) _____
(Cognome - nome) (nato/a a:) (il)

3) _____
(Cognome - nome) (nato/a a:) (il)

4) _____
(Cognome - nome) (nato/a a:) (il)

5) _____
(Cognome - nome) (nato/a a:) (il)

ALLEGA alla presente domanda CERTIFICAZIONE MEDICA attestante lo stato di salute della persona da ricoverare.

Data _____

Firma _____

Informativa ed espressione del Consenso ai sensi del Regolamento UE 2016/679

I dati acquisiti sono utilizzati esclusivamente a scopi amministrativi per la presentazione della domanda di ammissione e la gestione delle comunicazioni e degli adempimenti conseguenti.

Per nessun motivo tali dati saranno resi pubblici o ceduti a terzi. I dati sopra riportati sono destinati esclusivamente alla Società indicata come destinatario.

La comunicazione e diffusione dei dati sopra riportati a soggetti diversi da quelli indicati, od in generale qualsivoglia utilizzo illecito dei dati ivi contenuti, è proibita ai sensi del Reg. UE/679/2016.

La informiamo infine che in ogni momento potrà esercitare i diritti nei confronti del Titolare del trattamento ai sensi del Reg. UE/679/2016, quindi ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei medesimi dati, conoscerne il contenuto e l'origine, verificarne l'esattezza, chiederne l'integrazione, l'aggiornamento, la rettifica, la cancellazione, la limitazione di trattamento, la portabilità, nonché di opporsi, per motivi legittimi, al loro trattamento.

In caso di assenza del consenso al trattamento dati la Fondazione non potrà accogliere la presente domanda.

Per presa visione ed espressione del Consenso

Lì,

L'interessato

FIRMA DELL'OSPITE

FIRMA DEL FAMIGLIARE/ TUTORE/ AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO
