

Modulo per la presentazione della RICHIESTA DI AMMISSIONE SEMIRESIDENZIALE



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: _____

TARIFFA GIORNALIERA € 28,60

supplemento cena - € 4,00

supplemento trasporto - € 3,00 (andata e ritorno)

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.

Informativa privacy D.lgs. nr. 196/2003

I dati acquisiti sono utilizzati esclusivamente a scopi amministrativi per la presentazione della domanda di ricovero e la gestione delle comunicazioni e degli adempimenti conseguenti. Per nessun motivo tali dati saranno resi pubblici o ceduti a terzi. In ogni momento è possibile avere accesso ai propri dati chiedendone l'aggiornamento o la cancellazione ai sensi della normativa vigente. In caso di assenza del consenso al trattamento dati la Fondazione non potrà accogliere la presente domanda.

Consenso

In relazione alla presente domanda ed in ottemperanza agli obblighi previsti dalla legge sulla tutela dei dati personali, previa informativa di cui all'art.13 D.lgs. nr. 196/2003, con la presente si esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali.

data _____

Firma _____