

DOMANDA DI ACCESSO ALL'ALLOGGIO PROTETTO PER ANZIANI

Il/La Sottoscritto/a _____
 Nato/a a _____ il _____
 Residente a _____ Via _____ n. _____
 Codice Fiscale _____ In qualità di _____
 Tel _____ Cell _____ E-mail _____

CHIEDE L'ACCOGLIMENTO NELL'ALLOGGIO PROTETTO PER ANZIANI DI

Cognome e Nome _____
 Nato/a a _____ il _____
 Residente a _____ Via _____ n. _____
 Codice Fiscale _____

	Retta giornaliera	Deposito cauzionale
☐ Uso doppio dell'alloggio	€ 18,00	€ 500,00
☐ Uso singolo dell'alloggio	€ 24,00	€ 700,00

Allegati alla domanda:

- ☐ Dichiarazione impegno di spesa
- ☐ Scheda Clinica Informativa e Indice di Barthel

Data _____ Firma del Richiedente _____

Consenso al trattamento dei dati

Ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs 196/2003, consento al trattamento dei dati personali e sanitari per le finalità inerenti la presente domanda, il ricovero e gli adempimenti relativi da parte della Fondazione.

Data _____ Firma del Richiedente _____

Estratto della Carta dei Servizi _ Condizioni generali di pagamento della retta e dei servizi aggiuntivi

- L'ingresso in struttura è subordinato al versamento preliminare di un deposito cauzionale infruttifero
- La retta decorre dalla data di ingresso
- La retta è fatturata in via anticipata e deve essere pagata come di seguito descritto:
 - La retta afferente al mese d'ingresso deve essere pagata entro 5 giorni dall'emissione della fattura mediante bonifico bancario
 - Per i mesi successivi, Fondazione emetterà entro i primi giorni di ogni mese regolare fattura avente ad oggetto l'ammontare della retta relativa al mese corrente e i costi dei servizi aggiuntivi esclusi dalla retta relativi al mese precedente. Il pagamento deve essere effettuato entro il giorno 15 del mese di pertinenza preferibilmente mediante addebito sul conto corrente o, in caso di impossibilità, bonifico bancario
- La retta è dovuta per l'intero periodo minimo di permanenza previsto dal contratto sottoscritto
- Ai fini del mantenimento del posto letto, la retta è dovuta anche in caso di assenza

Il/La Sottoscritto/a _____

Firmatario della domanda di ingresso per il/la sig./ra _____

DICHIARA

Di accettare le “Condizioni generali di pagamento della retta e dei servizi aggiuntivi” e di prendere visione delle condizioni complete riportate nella Carta dei Servizi.

Data _____

Firma _____

DICHIARAZIONE IMPEGNO DI SPESA

Il/La Sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ il _____
Residente a _____ Via _____ n. _____
Codice Fiscale _____

Firmatario della domanda di ingresso per il/la sig./ra _____

DICHIARA

- ☐ di impegnarsi
☐ di non impegnarsi

al pagamento della retta di degenza determinata dalla Fondazione (anche ai sensi dell'art. 433 del Codice Civile) nonché al versamento del deposito cauzionale con le modalità e nei termini previsti dalla Carta dei Servizi e riportati sinteticamente anche nel presente modulo di domanda.

Data _____ Firma _____

E

di indicare le seguenti altre persone /Enti obbligati al pagamento della retta:

* Signor/a _____
Nato/a a _____ il _____
Residente a _____ Via _____ n. _____
Codice Fiscale _____ In qualità di _____
Telefono _____ E-mail _____

Allo scopo dichiara di impegnarsi al pagamento della retta di degenza determinata dalla Fondazione (anche ai sensi dell'art. 433 del Codice Civile) nonché al versamento del deposito cauzionale con le modalità e nei termini previsti dalla Carta dei Servizi e riportati sinteticamente anche nel presente modulo di domanda.

Data _____ Firma _____

* Il Comune di _____
Nella persona del _____
Telefono _____ E-mail _____
Con atto _____ che sarà allegato al Contratto d'Ingresso

Allo scopo dichiara di impegnarsi al pagamento della retta di degenza determinata dalla Fondazione nonché al versamento del deposito cauzionale con le modalità e nei termini previsti dalla Carta dei Servizi e riportati sinteticamente anche nel presente modulo di domanda.

Data _____ Firma _____

I pagamenti possono essere effettuati:

- Mediante addebito diretto Sepa sul conto corrente
- Mediante bonifico bancario a favore della Fondazione utilizzando il seguente codice IBAN:

IT 02 Z 01030 57960 000010101075
(Banca M.P.S. Ag. Schivenoglia)