

**DOMANDA DI INGRESSO IN RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE
RESIDENTI REGIONE LOMBARDIA**

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

CHIEDE L'ACCOGLIMENTO DI

Cognome e Nome _____
 Nato/a a _____ il _____
 Residente a _____ Via _____ n. _____
 Codice Fiscale _____ Tessera Sanitaria _____
 Stato Civile _____ Invalidità _____ % Ind. Accompagnamento ☐ Si ☐ No

IN POSTO LETTO ACCREDITATO A CONTRATTO

	Retta giornaliera	Deposito cauzionale
RICOVERO ORDINARIO		
<i>[Casi a medio-alta intensità assistenziale con disturbi comportamentali medio-lievi]</i>		
☐ Tempo indeterminato (min. 90 gg)	€ 72,00	€ 2.200,00
☐ Tempo determinato (min.30 gg - max 90 gg)	€ 78,00	
☐ MAGGIORAZIONE STANZA SINGOLA	€ 10,00	
NUCLEO ALZHEIMER		
<i>[Demenze/Alzheimer certificati con disturbi comportamentali medio-gravi]</i>		
☐ Tempo indeterminato (min. 90 gg)	€ 78,00	€ 2.400,00
☐ Tempo determinato (min.30 gg - max 90 gg)	€ 84,00	
☐ MAGGIORAZIONE STANZA SINGOLA	€ 10,00	

IN POSTO LETTO PRIVATO

	Retta giornaliera	Deposito cauzionale
ACCREDITATO		
<i>[Casi a medio-alta intensità assistenziale/demenze con disturbi comportamentali]</i>		
☐ Tempo indeterminato (min. 90 gg)	€ 91,00	€ 2.800,00
☐ Tempo determinato (min.30 gg - max 90 gg)	€ 97,00	
☐ MAGGIORAZIONE STANZA SINGOLA	€ 10,00	
AUTORIZZATO DI SOLLIEVO		
<i>[Casi urgenti per mancanza rete di supporto]</i>		
☐ Tempo determinato (min.30 gg - max 60 gg, prorogabile a 90 gg)	€ 91,00	€ 2.800,00
☐ MAGGIORAZIONE STANZA SINGOLA	€ 10,00	

Provenienza:

☐ Dal domicilio	☐ Da altra RSA	☐ Da Ospedale	☐ Da IDR

Allegati alla domanda:

- ☐ Dichiarazione impegno di spesa
- ☐ Scheda Clinica Informativa e Ucla

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 previsto dall'art. 5 del Regolamento di ingresso in RSA con le modalità e nei termini meglio specificati agli artt. 7 e 9 del Contratto di ingresso in RSA, ben noti alle parti.

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 _____
Tel _____ Cell _____ 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 previsto dall'art. 5 del Regolamento di ingresso in RSA con le modalità e nei termini meglio specificati agli artt. 7 e 9 del Contratto di ingresso in RSA, ben noti alle parti.

Data _____ Firma _____

✱ Il Comune di _____
Nella persona del _____
Tel _____ 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 previsto dall'art. 5 del Regolamento di ingresso in RSA con le modalità e nei termini meglio specificati agli artt. 7 e 9 del Contratto di ingresso in RSA, ben noti alle parti.

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)