

**Fondazione
OSPEDALE DI CAVOUR -ETS**

Via Roma, 47

10061 CAVOUR (TO)

☎ 0121/69048 - fax 0121/6400

e- mail: info@ospedaledicavour-ets.it

DOMANDA DI AMMISSIONE

Il/la sottoscritto/a
.....

nato/a il

residente a (indirizzo completo)
.....

codice fiscale n.

n. tel.

in qualità di (grado di parentela o altro)
.....

del/la Signor/a
.....

nato/a il

residente a (indirizzo completo)
.....

codice fiscale n.

n. tel.....

**CHIEDE
a codesta Casa di Riposo**

☐ di poter inserire il/la Sig/ra

☐ di essere inserito/a (cancellare la voce che non interessa)
nel nucleo che verrà individuato sulla base della documentazione sanitaria prodotta in allegato.

PRENDE ATTO

che codesta Casa di Riposo ha a propria disposizione posti letto per persone:

- R.A.A. autosufficienti retta giornaliera € 47,00;
- R.S.A. bassa intensità assistenziale retta giornaliera di € 69,00;
- R.S.A. medio bassa intensità assistenziale retta giornaliera di € 74,00;
- R.S.A. media intensità assistenziale retta giornaliera di € 79,00;
- R.S.A. medio alta intensità assistenziale retta giornaliera di € 82,00;
- R.S.A. alta intensità assistenziale retta giornaliera di € 85,00;
- R.S.A. alta intensità incrementata assistenziale retta giornaliera di € 88,00;

DICHIARA

di uniformarsi alle disposizioni vigenti nell'Istituto per tutto quanto riguarda la vita in comunità, in ogni suo aspetto.

che con la presente scrittura assume, ex artt. 1411 e segg. Codice Civile, ed a prescindere dagli obblighi alimentari di cui agli artt. 433 e segg. Codice Civile, la qualità di terzo obbligato in solido con l'Ospite per ogni adempimento derivante dal rapporto che si va a costituire

SI IMPEGNA

a corrispondere la retta a mesi anticipati nella misura stabilita dall'Amministrazione e nelle eventuali sue variazioni future.

Allega alla presente la documentazione sotto indicata.

(Firma).....

Documenti da allegare:

- 1) dichiarazione medica compilata dal medico di base e indice di valutazione funzionale globale (G.E.F.I.);
- 2) Dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi del D.P.R. 445/00 relativamente ai dati riguardanti nascita, residenza e stato di famiglia allegando fotocopia della carta d'identità o di altro documento di riconoscimento.
- 3) Autorizzazione al trattamento dei dati personali e sensibili.

ANNOTAZIONI

L'ammissione diventerà definitiva solo dopo che sia trascorso un mese di prova dall'entrata in Istituto.

La retta comprende l'assistenza infermieristica e tutelare, il vitto, la camera, la pulizia dei locali, il riscaldamento, l'illuminazione, il lavaggio della biancheria del letto e degli indumenti personali.

La retta non comprende l'assistenza sanitaria in quanto a carico del Servizio Sanitario Nazionale, il costo di medicinali e dei ticket farmaceutici e ospedalieri se ed in quanto dovuti, eventuali trasporti per recarsi a visite specialistiche.

Nel rispetto dell'orario, l'uscita fuori dall'Istituto è libera ed quindi sotto la totale e completa responsabilità dell'interessato.

L'ospite è tenuto al pagamento anticipato della retta presso la Bnaca affidataria incaricato dell'Ente a mezzo bonifico bancario.

Il pagamento della retta dovrà essere effettuato anticipatamente entro il giorno 5 di ogni mese. Alla retta versata in ritardo potrà essere applicata una maggiorazione (indennità di mora) nella misura stabilita dal Consiglio di Amministrazione.

Le assenze fino a 15 giorni consecutivi non danno diritto a sconti, mentre a partire dal sedicesimo giorno di assenza consecutiva può essere richiesto il rimborso del 20% dell'importo della retta giornaliera.

N.B.: Per quanto non specificato nel presente estratto si fa riferimento al "Regolamento interno per l'inserimento degli Ospiti non in convenzione" approvato con deliberazione dell'Ente n. 05 del 20.02.2010.

----- OOO -----

Il/La sottoscritto/a

DICHIARA

di avere preso visione del regolamento e di accettarne incondizionatamente tutte le disposizioni in esso previste, obbligandosi ad osservarle.

(Firma)

GARANZIE

Il/la/I sottoscritto/a/i (cognome, nome, indirizzo e recapito telefonico)

.....
.....

si impegna (si impegnano) a garantire il pagamento delle retta a favore di

.....

nella misura e nei termini stabiliti dall'Amministrazione.

(Firma)

(Firma)

In mancanza di tale dichiarazione di garanzia è necessario presentare analoga dichiarazione da parte dell'Ente gestore dei servizi socio assistenziali (Comune, Consorzio, Comunità Montana, ecc.).

Testo indicativo:

L'Ente assume formale impegnativa di garantire, qualora si renda necessario, il pagamento della retta a favore di nella misura stabilita dalla Fondazione Ospedale di Cavour-ETS.