

FONDAZIONE OPERA PIA DR. DOMENICO UCCELLI ONLUS			DOMANDA DI AMMISSIONE
Mod. GA18	Rev. 04	Pag. 1 di 6	

*Fondazione Opera Pia Dr. Domenico Uccelli
Onlus*

**P.za Ospedale, 6 - 28822 Cannobio (VB)
Tel. 0323/71394 - Fax. 0323/71566
e.mail: mail.operapia@libero.it**

**DOMANDA DI AMMISSIONE
RELATIVA AL/ALLA SIGNOR/A**

Cognome

Nome

Luogo e data di nascita

Residenza

Attuale domicilio

Professione

N° libretto pensione e categoria

Importo mensile

N° libretto pensione e categoria

Importo mensile

ALTRI PROVENTI (es.: assegno di accompagnamento, pensione svizzera, ecc.)

.....
.....
.....

Nominativo medico curante

**PERSONE DI RIFERIMENTO (figli o in mancanza parentela più prossima) ED I RELATIVI
INDIRIZZI E NUMERI TELEFONICI:**

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

IMPEGNATIVA DI PAGAMENTO

Il sottoscritto _____
 Nato a _____ Il _____
 Residente a _____
 Via _____ N° tel. _____
 Nella sua qualità di _____

**SI IMPEGNA AL PAGAMENTO DELLA RETTA GIORNALIERA CHE
 ATTUALMENTE E' LA SEGUENTE:**

- | | |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> Alta intensità Assistenziale Incrementata | € 104,44 |
| <input type="checkbox"/> Alta intensità Assistenziale | € 95,73 |
| <input type="checkbox"/> Medio/Alta intensità Assistenziale | € 88,00 |
| <input type="checkbox"/> Media intensità Assistenziale | € 81,20 |
| <input type="checkbox"/> Medio/Bassa intensità Assistenziale | € 77,00 |
| <input type="checkbox"/> Bassa intensità Assistenziale | € 75,12 |
| <input type="checkbox"/> Residenza Assistenziale | € 60,00 |

IL GARANTE

**E' importante che la persona interessata al ricovero sia al corrente di tale domanda,
 pertanto e' necessario anche la firma da apporre qui sotto.**

Per presa visione

L'interessato

Data, _____

FONDAZIONE OPERA PIA DR. DOMENICO UCCELLI ONLUS			DOMANDA DI AMMISSIONE
Mod. GA18	Rev. 04	Pag. 4 di 6	

ALLEGARE ALLA DOMANDA:

- a) certificato medico ben dettagliato attestante lo stato attuale di salute. Segnalare se è presente o meno deterioramento cognitivo (se lo fosse specificarne il grado) e se esistono disturbi del comportamento (se sì quali)
- b) fotocopia del verbale di invalidità o ricevuta presentazione domanda di invalidità/accompagnamento rilasciata dall'A.S.L. VCO Commissione Invalidi Civili
- c) relazione dell'assistente sociale (è possibile utilizzare il modulo allegato alla presente domanda)
- d) promessa di impegnativa di pagamento anche da parte del Comune di residenza o dal Consorzio di appartenenza a garanzia di eventuale insolvenza da parte dei tenuti per legge, **qualora sia necessaria l'integrazione della retta.**

N.B.

LA DOMANDA NON VERRA' ACCETTATA SE INCOMPLETA O MANCANTE, ANCHE SOLO IN PARTE, DEI DOCUMENTI RICHIESTI.

SI RICORDA CHE DOPO IL RICOVERO, L'UTENTE VERRA' SOTTOPOSTO A VALUTAZIONE DA PARTE DELL'EQUIPE DELL'ENTE PER DEFINIRE IL GRADO DI NON AUTOSUFFICIENZA E LA RELATIVA RETTA.

SI INFORMA CHE TRASCORSI DUE ANNI DALL'INSERIMENTO IN STRUTTURA VERRA' AUTOMATICAMENTE CAMBIATA LA RESIDENZA.

Ai sensi del D.Lgv. 30 giugno 2003 n. 196, i dati personali forniti saranno raccolti presso la Segreteria dell'Ente e verranno trattati anche successivamente per le finalità inerenti allo svolgimento del servizio medesimo. Il conferimento dei dati è obbligatorio. Le stesse informazioni saranno comunicate, se del caso e comunque nei limiti stabiliti da specifiche norme, unicamente ad altri soggetti pubblici o privati direttamente interessati alla assistenza sanitaria dell'utente, nel rispetto di quanto previsto dal Decreto sopracitato.