

DOMANDA DI AMMISSIONE

Il/la sottoscritto/a _____

nato/nata _____ il _____

residente a _____

in via _____ n° _____

stato civile _____ n. figli _____

di cui n. _____ maschi e n. _____ femmine)

tel. n. _____ cittadinanza _____

titolo di studio _____

Presentata

- Personalmente dall'ospite;
- Dal sig. _____
- Residente a _____ via _____
- Tel. n° _____ Cell.n° _____
- Grado di parentela _____
- Dal Comune di _____
- Altro _____

Motivo della domanda

- ha perso l'autonomia fisica / psichica
- la famiglia non è in grado di provvedere
- vive solo
- l'alloggio è inadatto
- altro

Provenienza ospite

- accede direttamente da domicilio
- dimesso da struttura psichiatrica o sanitaria (ospedaliera) _____
- dimesso da altra struttura (centro diurno integrato, ricovero di sollievo, emergenza o pronto intervento in altre RSA) _____
- altro _____

C H I E D E

di essere ospitato presso Codesta Fondazione:

A corredo della domanda si allega:

- copia tessera sanitaria;
- copia verbale di invalidità;
- copia della carta di identità;
- copia ultimo CU o Obis M;
- consenso del coniuge per gli aspiranti vincolati da matrimonio;
- scheda clinica informativa compilata dal medico curante;
- scheda di inserimento compilata da parte della famiglia

D I C H I A R A

- di essere a conoscenza dell'importo della retta;
- di aver preso visione della Carta dei Servizi della Fondazione (disponibile anche sul sito www.fondazionebernacchi.it).

La presente domanda ha validità di un anno dalla data di inoltro; trascorso tale termine dovrà essere rinnovata allegando la certificazione medica aggiornata.

Informativa privacy Regolamento UE 2016/679 e norme nazionali in materia di protezione e libera circolazione dei dati personali

I dati 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 aver 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 del regolamento UE 2016/679, con la presente si esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali.

Li, _____

In fede.

GARANTE

IMPEGNATIVA DI PAGAMENTO

Impegnativa, preventiva al contratto, per il pagamento della retta di ricovero

del Sig. _____

Nato /a a _____ il _____

Residente in _____ via _____

● **SOGGETTO CON ASSEGNO ACCOMPAGNAMENTO**

- SI
- NO (domanda presentata)
- NO

● **SOGGETTO CHE USUFRUISCE DI ADI**

Segnalare se il soggetto usufruisce di Assistenza Domiciliare Integrata

- SI
- NO

○ **1° GARANTE**

- Sig. _____
- Residente a _____ via _____
- Tel. n° _____ E-mail: _____
- Grado di parentela _____
- Altro _____

○ **2° GARANTE**

- Sig. _____
- Residente a _____ via _____
- Tel. n° _____ E-mail: _____
- Grado di parentela _____
- Altro _____

○ **RETTA A CARICO DELLO STATO COMUNE, ASL, O ALTRI ENTI PUBBLICI**

(Specificare l'Ente e l'atto con il quale l'Ente s'impegna, se la pratica dell'impegnativa è già definita oppure se è in corso.)

CHI SI ASSUME L'ONERE DELLA RETTA

DICHIARA DI ESSERE A CONOSCENZA CHE

- a. la retta di ricovero va pagata mensilmente in anticipo entro il 10 del mese (valuta creditore), pena l'applicazione degli interessi di mora, pari al tasso legale vigente nel tempo;
- b. al momento dell'ingresso è fatto d'obbligo la sottoscrizione del contratto.

In fede

GARANTE

GARANTE

Oggetto: Misura della retta giornaliera dal 1° maggio 2024

RESIDENTI IN GAVIRATE E IN ALTRI COMUNI

CAMERA DOPPIA

€ 74,50

CAMERA SINGOLA

€ 79,50

CAMERA SOLVENTE

€ 90,00

Il costo giornaliero della retta comprende assistenza sanitaria, attività socio-sanitario-assistenziali, fisioterapia e psicomotricità, animazione e attività residenziale (ristorazione, parrucchiera e assistenza religiosa).

Il **servizio lavanderia personale** verrà erogato e addebitato mensilmente dalla Fondazione in occasione del pagamento della retta.

Eventuali trasporti con utilizzo di ambulanze/mezzi idonei sono a carico dell'Ospite.

Gavirate, 10 aprile 2024

F.to il Presidente

Giuseppe Bassi

FONDAZIONE “ D. BERNACCHI-GERLI ARIOLI” O.N.L.U.S
GAVIRATE

ELENCO INDUMENTI OSPITI INVERNO/ESTATE

- n° 06 MAGLIETTE INTIME (T-shirt in cotone)
 - n° 06 CAMICIA DA NOTTE/PIGIAMA
 - n° 06 CAMBI VESTITI O TUTE
 - n° 10 FAZZOLETTI
 - n° 10 MUTANDE
 - n° 01 paio di PANTOFOLE
 - n°01 paio di SCARPE
 - n° 01 VESTAGLIA
 - n° 01 GIACCA PER USCIRE
1. E' importante che i capi consegnati siano comodi e non eccessivamente delicati.
 2. Ogni capo deve essere numerato per evitare spiacevoli inconvenienti.
 3. La biancheria da lavare può essere portata a casa solo se c'è la possibilità di reintegrarla con la biancheria pulita ogni due giorni (per ovviare questioni d'igiene).
 4. Ogni volta che si porta un capo nuovo deve essere numerato e deve essere informato il personale di piano.