

Fondazione LA PROVVIDENZA

Data di arrivo _____

(Tale data in caso di valutazione positiva corrisponde alla data di inserimento in lista d'attesa)

IL/la sottoscritto/a _____

in qualità di:

- ☐ Interessato/a
- ☐ Amministratore di Sostegno (ADS)
- ☐ Tutore
- ☐ Altro (specificare) _____

chiede l'ammissione in:

☐ POSTO CONTRATTUALIZZATO	☐ CAMERA SINGOLA ☐ CAMERA DOPPIA
☐ POSTO ACCREDITATO (Solvente)	☐ CAMERA SINGOLA ☐ CAMERA DOPPIA

di

Nome	Cognome
Nato/a a	il
Residente a	Via
Provincia	CAP
Codice Fiscale	
Codice Assistito n°	Esenzione:

PROVENIENZA
☐ Domicilio ☐ Istituto di ricovero per acuti (ospedale) ☐ Struttura psichiatrica ☐ Istituto di riabilitazione ☐ Altra RSA ☐ Altro: _____ _____ _____

SITUAZIONE ABITATIVA
Con chi vive: ☐ Solo ☐ Coniuge ☐ Figli ☐ Altri parenti: _____ ☐ Assistente familiare (ore/die) _____ ☐ Altro: _____

SITUAZIONE FAMILIARE

- ☐ Coniugato/a
☐ Divorziato/a
☐ Celibe/nubile
☐ Separato/a
☐ Vedovo/a
☐ Altro: _____

- ☐ Fratelli (N:)
☐ Sorelle (N:)

- ☐ Figli (N:)
☐ Figlie (N:)

SITUAZIONE ECONOMICA

- ☐ Nessuna pensione
☐ Anzianità/vecchiaia
☐ Minima/sociale
☐ Guerra/infortunio sul lavoro, etc
☐ Reversibilità
☐ In attesa di invalidità civile
☐ Invalidità:

↳ Codice: _____

↳ Percentuale: _____ %

↳ Indennità accompagnamento:

☐ sì ☐ no ☐ In attesa

LIVELLO DI ISTRUZIONE / PROFESSIONE PRE PENSIONAMENTO / INTERESSI

- ☐ Nessuna scolarità
☐ Licenza elementare
☐ Diploma medie inferiori
☐ Diploma medie superiore in _____
☐ Laurea in _____
☐ Altro: _____
☐ Professione pre pensionamento _____
☐ Interessi / hobby _____

RETE SOCIO SANITARIA E SOCIALE

Servizi / interventi Socio Sanitari attivi: ☐ NO ☐ SÌ (specificare):

- ☐ ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) _____
☐ CDI (Centro Diurno Integrato) _____
☐ Misure di sostegno regionali (es. B1, B2, RSA Aperta, Voucher...) _____

Servizi / interventi Sociali attivi: ☐ NO ☐ SÌ (specificare):

- ☐ SAD Comunale
☐ Pasti caldi
☐ Altro _____

DATI PERSONA RESPONSABILE DEL PAGAMENTO - GARANTE:

☐ Coniuge	☐ Figlio/a	☐ Parente _____	☐ Altro _____
Nome		Cognome	
Nato/a a		il	
Residente a		Via	
Provincia		CAP	
Codice Fiscale		Carta di Identità	
Tel. casa		Tel. ufficio	
Cellulare		Altro recapito	
E-mail (a cui inviare le comunicazioni fiscali e amministrative)			

Firma garante _____

- Dichiaro sin d'ora ai sensi della Legge Regionale n. 1/1986 – art. 10 che il Sig./la Sig.ra _____ è consenziente alla presente richiesta di ammissione, formulata a seguito di Sua libera scelta e determinazione.
- Al fine di ottemperare tutte le procedure di ingresso presso la Fondazione La Provvidenza dichiaro, nel caso la presente richiesta fosse accolta, di impegnarmi ora per allora ad accettare, senza eccezioni di sorta, il contenuto della Carta dei Servizi e del Contratto di Ingresso.

Dichiaro inoltre di aver preso visione, compreso e accettato in ogni loro parte i seguenti documenti (scaricabili dal sito www.fondazionealaprovvidenza.org o di cui ho ricevuto su mia richiesta copia cartacea):

- ✓ carta dei Servizi
- ✓ contratto di Ingresso, che verrà formalizzato all'atto dell'ammissione
- ✓ informativa e regolamento Privacy
- ✓ informativa sui diritti degli Assistiti
- ✓ informativa sulla misura di Amministratore di Sostegno
- ✓ regolamento RSA
- ✓ dotazione biancheria.

Firma interessato _____

Firma ADS/Tutore _____

Firma familiare _____

ALLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA IL GARANTE SI IMPEGNA INOLTRE A FORNIRE COPIA DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

- Certificazione medica
- Referti delle vaccinazioni effettuate
- Autocertificazione dello Stato di Famiglia e di Residenza
- Fotocopia Carta d'Identità (con validità di almeno 1 anno)
- Fotocopia Tessera Sanitaria ed Esenzione del Ticket
- Fotocopia Verbale d'Invalidità/Accompagnamento/Domanda Invalidità
- Fotocopia Istanza richiesta ADS/Tutore o Verbale Nomina/Giuramento ADS/Tutore.

NB: LA DOMANDA DI INSERIMENTO NON SARA' TENUTA IN CONSIDERAZIONE SE CONSEGNATA PARZIALMENTE COMPILATA O MANCANTE DELLA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA.

AL MOMENTO DELL'INGRESSO, L'OSPITE O IL SUO FAMILIARE E' TENUTO A PRESENTARE I SEGUENTI DOCUMENTI:

- Tessera Sanitaria (CRS) originale
- Elenco aggiornato delle terapie in corso
- Ausili (carrozzina, deambulatore, ecc) forniti dal Distretto ATS

In fede,

Firma garante _____

Firma aspirante ospite _____

Data _____

COME CI HAI CONOSCIUTO?

- ☐ Passaparola
- ☐ Giornali cartacei
- ☐ Ricerca su internet
- ☐ Social media



IN CASO DI NECESSITA' CONTATTARE ANCHE:

☐ Coniuge	☐ Figlio/a	☐ Parente _____	☐ Altro _____
Nome		Cognome	
Nato/a a		il	
Residente a		Via	
Provincia		CAP	
Codice Fiscale		Carta di Identità	
Tel. casa		Cellulare	
Altro recapito		E-mail	

☐ Coniuge	☐ Figlio/a	☐ Parente _____	☐ Altro _____
Nome		Cognome	
Nato/a a		il	
Residente a		Via	
Provincia		CAP	
Codice Fiscale		Carta di Identità	
Tel. casa		Cellulare	
Altro recapito		E-mail	

☐ Coniuge	☐ Figlio/a	☐ Parente _____	☐ Altro _____
Nome		Cognome	
Nato/a a		il	
Residente a		Via	
Provincia		CAP	
Codice Fiscale		Carta di Identità	
Tel. casa		Cellulare	
Altro recapito		E-mail	