

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 di

Nome	Cognome
Nato/a a	il
Residente a	Via
Provincia	CAP
Codice Fiscale	
Codice Assistito n°	Esenzione:
Indennità di accompagnamento: ☐ no ☐ sì ☐ in attesa di accertamento	
Invalidità civile: ☐ no ☐ sì, nella percentuale del _____	

Con la seguente frequenza di giornate nella settimana:

- ☐ 3 giorni
- ☐ 4 giorni
- ☐ 5 giorni

Richiedendo il servizio trasporti:

- ☐ SI
- ☐ NO

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	SITUAZIONE ECONOMICA
☐ Coniugato/a ☐ Divorziato/a ☐ Celibe/nubile ☐ Separato/a ☐ Vedovo/a ☐ Altro: _____	☐ 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
☐ Fratelli (N:) ☐ Sorelle (N:) ☐ Figli (N:) ☐ Figlie (N:)	

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 ☐ SI (specificare): ☐ ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) _____ ☐ CDI (Centro Diurno Integrato) _____ ☐ Misure di sostegno regionali (es. B1, B2, RSA Aperta, Voucher...) _____ Servizi / interventi Sociali attivi: ☐ NO ☐ SI (specificare): ☐ SAD Comunale ☐ Pasti caldi ☐ Altro _____

Firma

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)			

La fattura verrà inviata, a consuntivo, entro il giorno 20 del mese successivo la frequenza; si richiede il saldo della fattura entro 15 giorni dal ricevimento della fattura.

Il pagamento potrà essere effettuato tramite:

- assegno
- carta di credito, attraverso il POS disponibile nell'Ufficio Contabilità dell'Istituto
- bonifico bancario sul c/c intestato a Istituto La Provvidenza:
IBAN IT95K 02008 22800 000103475815 (indicare nella casuale il mese e l'utente di riferimento)

- 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
 - regolamento CDI.

In fede

Firma interessato _____

Firma ADS/Tutore _____

Firma familiare _____

Luogo e data _____

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	

COME CI HAI CONOSCIUTO?

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



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

- Certificazione medica
- 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:

- Elenco aggiornato delle **terapie in corso**
- **Farmaci e presidi** assorbenti in uso
- **Autorizzazione Foto/Video**
- **Un cambio completo**
- Eventuali **ausili in uso** (carrozzina, deambulatore, ecc).