

# L'ARCA SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE

## DOMANDA DI AMMISSIONE COMUNITÀ ALLOGGIO PER ANZIANI

IL/LA SOTTOSCRITTO/A: \_\_\_\_\_

NATO/A A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

TELEFONO N° \_\_\_\_\_

DOMICILIO (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ TELEFONO N° \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

In qualità di diretto interessato all'ammissione

Oppure

IL/LA SOTTOSCRITTO/A: \_\_\_\_\_

In qualità di \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

### **Presenta domanda di ammissione presso la Comunità Alloggio per Anziani "Le Betulle" di Chiavenna**

#### **Dati relativi alla tipologia del ricovero richiesto**

-Tipologia:

a tempo determinato per n. mesi \_\_\_\_\_ periodo \_\_\_\_\_

a lungo periodo

-Necessità di ingresso :

urgente                       breve termine                       lungo termine

**Nel caso il richiedente sia persona diversa dall'interessato all'ammissione, la presente domanda è da intendersi effettuata con il consenso di quest'ultimo.**

**INFORMAZIONI AMMINISTRATIVE** (da compilare a cura dell'utente o suo referente) :

Fattura da consegnare direttamente all'interessato

Fattura da consegnare / inviare al Sig./a: \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Indirizzo email \_\_\_\_\_

**Modalità di pagamento scelte:**  Bonifico bancario  Addebito c/c

**a) dichiara:**

- **di aver preso visione**, personalmente del Servizio per cui richiede l'accoglienza
- **di ricevuto e di aver preso visione della Carta del servizio e delle rette/costi dei servizi e di accettarle**

**b) Allega i seguenti documenti :**

- Tessera sanitaria/Codice fiscale
- Eventuale esenzione ticket
- Copia Carta di identità
- Scheda socio-sanitaria (Allegata alla domanda)
- Altra documentazione sanitaria ritenuta utile

**c) in caso di accettazione della richiesta si impegna :**

- **a restituire il contratto debitamente sottoscritto per accettazione**
- **a versare la retta prevista**, secondo quanto previsto dalla Carta del servizio consegnata
- **a comunicare tempestivamente eventuali variazioni** rispetto: al periodo richiesto, alla situazione sanitaria, all'eventuale rinuncia del posto

Il richiedente per accettazione

Data \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

**in alternativa** Firma di un familiare/delegato

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
(specificare grado parentela/rapporto con l'utente)

Firma del tutore/amministratore di sostegno \_\_\_\_\_

**Referenti per la persona da contattare in caso di bisogno:**

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Grado di parentela \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici \_\_\_\_\_

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Grado di parentela \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici \_\_\_\_\_

**Garante individuato per il pagamento**

IL/ LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_

NATO/A A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_

RAPPORTO DI PARENTELA \_\_\_\_\_

Si impegna

A garantire direttamente o indirettamente il pagamento mensile della retta prevista per l'accoglienza del/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Data e Firma \_\_\_\_\_