A COOSS MARCHE ONLUS

Alla Direzione Residenza anziani "San Francesco"

Il/la sottoscritto/a *(cognome e nome)*_____

nato/a a _____ (Prov._____) il _____

residente a _____ via _____ n° _____

tel _____

Da compilare nel caso di impedimento alla sottoscrizione o di rappresentanza legale (artt. 4 e 5 del DPR 445/2000)

In qualità di _____

Del/la Sig./ra *(cognome e nome)*_____

nato/a a _____ (Prov._____) il _____

residente a _____ via _____ n°_____

tel _____

Motivo dell'impedimento:_____

CHIEDE di essere ammesso in:

di essere ammesso/a presso la Residenza anziani "S.Francesco" Via Illica n. 2/4 – Marotta di Mondolfo in:

☐ Residenza Protetta ☐ Casa di Riposo ☐ Casa Albergo

DICHIARA

☐ Di corrispondere la RETTA GIORNALIERA a proprio e totale carico pari a € __,__ + iva di legge;

- Codice Fiscale _____

- Codice Sanitario _____

- Cittadinanza _____

- Titolo di studio_____

- Stato Civile _____

- Area Vasta di appartenenza _____

- di aver preso visione della Carta dei Servizi e della Procedura di Accoglienza della Residenza per anziani "San Francesco" e di accettare in maniera incondizionata tutto quanto in essi contenuto;
- di essere a conoscenza del fatto che in caso di eventuale inosservanza, la Direzione della struttura potrà adottare tutti i provvedimenti che riterrà più opportuni, sino alla dimissione d'ufficio dell'ospite;
- di corrispondere la retta nella misura fissata da Cooss Marche, per tutta la durata della propria permanenza presso la Residenza;
- di accettare che, qualora il richiedente necessitasse di assistenza diretta o indiretta in caso di visite specialistiche, esami diagnostici, day-hospital, ricoveri ospedalieri, ecc.. al di fuori della struttura,i relativi oneri, compresi eventuale trasporto ed accompagnamento, saranno a totale proprio carico ed indica i seguenti nominativi come propri referenti da contattare per tale evenienza:

Cognome	Nome	Indirizzo		Telefono	Relazione parentale
		via	città		

- Di sostenere le eventuali spese mediche non coperte dal S.S.N. (analisi di laboratorio ed accertamenti specialistici non assistiti dal Servizio Sanitario; farmaci non compresi in fascia A dal Servizio Sanitario; ausili non riconosciuti dal SSN; trasporti ed accompagno per attendere cure mediche, terapie medico riabilitative, visite specialistiche e ricoveri c/o centri specializzati o a richiesta per altri motivi; spese acquisto capi di abbigliamento, capi di biancheria ed altri accessori personali, spese lavaggio indumenti personali non lavabili in acqua; lavaggio capi personali straordinari; spese funerarie in caso di decesso dell'ospite; spese per consumo relative all'apparecchiatura telefonica privata in camera; spese per parrucchiere oltre alla prestazione compresa nella retta; estetista, podologo; assistenza in caso di ricovero c/o strutture ospedaliere; prestazioni fisioterapiche oltre agli interventi prescritti e compresi nella retta; ogni altro tipo di spesa che si dovesse rendere necessaria per la tutela della propria integrità psicofisica per tutta la durata della sua permanenza presso la suddetta struttura;
- Di avvalersi, in caso di necessità presente o successiva di integrazione economica per il pagamento della retta, delle norme previste dagli artt. 433 e 438 del C.C. relative alle persone obbligate agli alimenti, consapevole che il Comune di residenza interverrà soltanto in mancanza dei suddetti;
- Di essere a conoscenza di rimanere in ogni caso solidalmente coobbligato al pagamento della totalità della retta di competenza a favore della residenza qualora sia beneficiario di eventuali sostegni da parte di qualsiasi Ente Pubblico;
- che, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, i parenti obbligati per legge (art.433 del C.C.) sono:

Cognome	Nome	Indirizzo		Telefono	Relazione parentale
		via	città		

La valutazione della condizione e dei livelli di non autosufficienza viene effettuata dalla Unità Valutativa Integrata dell' Area Vasta 1 attraverso l'utilizzo di scale di valutazione multidimensionali indicate dalla Regione Marche.
Ogni eventuale variazione delle condizioni dell'ospite che determinano variazione del livello di non autosufficienza e quindi del relativo carico assistenziale e sanitario, saranno oggetto di nuova valutazione da parte dell'Unità Valutativa Integrata (UVI).

Dichiara di essere consapevole ed a conoscenza di quanto prescritto dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, e sulla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità.

_____, lì _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE

_____ _____

allegare copia di un documento di identità valido del sottoscrittore