



CENTRO ANZIANI "E. TOLAZZI"

Via Giorgio Ermolli n. 28
33015 MOGGIO UDINESE (Ud)

Uffici amministrativi: tel. **0433 51999** fax 0433 550619
mail: **centro.anziani@comune.moggioudinese.ud.it**

Struttura sanitaria: tel. 0433 51358 fax: 0433 550507

DOMANDA DI AMMISSIONE

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ (___) e residente a _____
Prov. _____, Cap _____ in via _____ n. _____,
cod. fisc. _____, n. telefono _____,
tessera sanitaria (CRA) _____, medico curante _____
attualmente ricoverato/a presso _____

CHIEDE

di essere ammesso/a nel Centro Anziani E. Tolazzi di Moggio Udinese impegnandosi a corrispondere la retta richiesta

DICHIARA

- di aver preso visione del Regolamento del Centro Anziani E. Tolazzi e di accettarne integralmente il contenuto;
- di essere a conoscenza che la retta per l'anno **2022** è la seguente:

| | RETTA al lordo del Contributo Regionale | RETTA al netto del Contributo Regionale (quota fissa € 20,00)* |
|----------------------------|---|--|
| Ospiti autosufficienti | € 45,26 | € 45,26 |
| Ospiti non autosufficienti | € 73,56 | € 53,56 |

* Con deliberazione n. 1043 del 15 luglio 2022 la Giunta Regionale ha disposto di aumentare, **con decorrenza 01 agosto 2022**, la contribuzione regionale finalizzata all'abbattimento della retta giornaliera di accoglienza, di cui all'art. 13 della L.R. 10/1997, che passa **da € 18,00 ad € 20,00**, restando invariata la quota di contribuzione legata alla situazione economica del beneficiario.

La retta può variare durante la permanenza presso il Centro Anziani in relazione al cambiamento della condizione di autosufficienza dell'ospite attestata dalla Scheda Valgraf.

A tal fine dichiara che:

 è titolare di:

PENSIONE, LIBRETTO N.

(di cui si allegano fotocopie) _____ € ANNUALI/MENSILI _____

PENSIONE, LIBRETTO N.

(di cui si allegano fotocopie) _____ € ANNUALI/MENSILI _____

ALTRI REDDITI O PROPRIETA' _____

 è provvisto di VERBALE DI INVALIDITA', che si allega SI NO

 percepisce l'INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO SI NO

Inoltre si impegna a comunicare tempestivamente all'Ufficio del Centro Anziani ogni variazione dei dati forniti con la presente domanda (in particolare: rilascio verbale di invalidità, nomina tutore o amministratore di sostegno).

Recapito dei familiari: (cognome, nome, data nascita, parentela, indirizzo, recapito tel. e mail)

_____ ,li _____

(firma)

I documenti necessari da allegare al momento della presentazione della domanda sono:

- ✓ fotocopia valido documento di identità (sia della persona richiedente, sia del firmatario della domanda), in corso di validità;
- ✓ fotocopia carta sanità regionale (tessera magnetica) attiva;
- ✓ fotocopia tessera sanitaria cartacea;
- ✓ fotocopia verbale invalidità se in possesso;
- ✓ fotocopia pensioni, Mod. 730 o CUD;
- ✓ fotocopia del codice fiscale del firmatario della domanda;
- ✓ fotocopia eventuale atto di nomina a tutore o amministratore di sostegno

Al momento del ricovero dovranno essere consegnati all'Ufficio Amministrativo:

- eventuale richiesta contributo regionale aggiuntivo mod. C + modello ISEE (socio sanitario residenze) in corso di validità;
- originale carta di identità, tessera sanitaria cartacea e magnetica;
- copia della quietanza deposito cauzionale
- eventuale autorizzazione fornitura pannoloni

IMPEGNATIVA AL PAGAMENTO DELLE RETTE DI RICOVERO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____

a _____ (___) e residente a _____

Prov. _____, Cap _____ in via _____ n. _____,

cod. fisc. _____, n. telefono _____,

nella qualità di _____ del richiedente sig./ra _____

con la presente:

- 1) si impegna all'integrazione del pagamento, nei termini previsti dal Regolamento del Centro Anziani "Ettore Tolazzi" di Moggio Udinese, della retta giornaliera, qualora i redditi del richiedente non fossero sufficienti, garantendo l'obbligazione con i propri redditi e beni mobili ed immobili.
- 2) si impegna, alla data di accettazione all'ingresso, al pagamento di una cauzione infruttifera pari a una mensilità (al lordo del contributo regionale) in vigore all'atto dell'ingresso, mediante versamento presso la Tesoreria Comunale CREDIT AGRICOLE FRIULADRIA Spa - Filiale di Moggio Udinese, Via alla Chiesa, n. 9/A - coordinate IBAN IT 70 A 05336 63970 000035405077.

La quietanza sarà intestata al garante del pagamento con l'indicazione, nella descrizione, del nome dell'ospite.

In fede.

_____, li _____

Firma _____