



# 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 \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ) e residente a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_, Cap \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

cod. fisc. \_\_\_\_\_, n. telefono \_\_\_\_\_

## CHIEDONO

l'ammissione presso la struttura del sig./ra \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_, Cap \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

attualmente ricoverato/a presso \_\_\_\_\_

cod. fisc. \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_

tessera sanitaria (CRA) \_\_\_\_\_, medico curante \_\_\_\_\_

e impegnandosi a corrispondere la retta richiesta,

## DICHIARANO

- 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 **2019** è la seguente:

	RETTA al netto del Contributo Regionale* <u>Quota fissa</u>	RETTA al lordo del Contributo Regionale
Ospiti autosufficienti (punteggio BINA < 220 punti)	€ 41,03	€ 41,03
Ospiti non autosufficienti (punteggio BINA ≥ 220 punti)	€ 50,56	€ 68,56

\*a decorrere dal 01.03.2018.

(NB. la retta può variare in relazione al cambiamento della condizione di autosufficienza dell'ospite).

A tal fine dichiarano che l'interessato:

⚡ è titolare di:

PENSIONE, LIBRETTO N. \_\_\_\_\_ € ANNUALI/MENSILI \_\_\_\_\_  
(di cui si allegano fotocopie)

PENSIONE, LIBRETTO N. \_\_\_\_\_ € ANNUALI/MENSILI \_\_\_\_\_  
(di cui si allegano fotocopie)

ALTRI REDDITI O PROPRIETA' \_\_\_\_\_

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

⚡ percepisce l'INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO SI  NO

Inoltre si impegnano 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 amministrazione di sostegno).

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_,li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma)

\_\_\_\_\_  
(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 \_\_\_\_\_

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 impegnano 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 impegnano, 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 \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_