



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 **2020** è la seguente:

	RETTE al netto del Contributo Regionale* <u>Quota fissa</u>	RETTE al lordo del Contributo Regionale
Ospiti autosufficienti (punteggio BINA < 220 punti)	€ 44,03	€ 44,03
Ospiti non autosufficienti (punteggio BINA ≥ 220 punti)	€ 53,56	€ 71,56

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

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 amministrazione 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 _____