

Roveredo il

DOMANDA DI AMMISSIONE

RICHIESTA

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> PREVENTIVA | <input type="checkbox"/> CAMERA SINGOLA |
| <input type="checkbox"/> IMMEDIATA O A BREVE TERMINE | <input type="checkbox"/> CAMERA DOPPIA |
| | <input type="checkbox"/> CAT |

DATI ANAGRAFICI

Cognome e nome

N. AVS

Luogo di nascita Data di nascita

Stato civile

Cognome e nome del coniuge

Domicilio completo Via, nr.

NAP e luogo

Attinenza (per gli stranieri, nazionalità)

Paternità

Maternità Cognome da nubile

Religione

Cassa Malati Sez.

No. Assicurato

Medico curante

Medico assegnato all'entrata

SITUAZIONE FAMILIARE

Il/la richiedente vive

Con coniuge / convivente

con altri parenti

Solo / a

con altre persone non parenti

Con i figli

INDIRIZZO FAMILIARI

Cognome e nome Grado di parentela

Indirizzo completo Via, n.

NAP e luogo

Telefono – casa e-mail

Mobile

Cognome e nome Grado di parentela

Indirizzo completo Via, n.

NAP e luogo

Telefono – casa e-mail.....

Mobile

Cognome e nome Grado di parentela

Indirizzo completo Via, n.

NAP e luogo

Telefono – casa e-mail

Mobile

EVENTUALE RAPPRESENTANTE LEGALE

Cognome e nome Grado di parentela

Indirizzo completo Via, n.

NAP e luogo

Telefono – casa e-mail.....

Mobile

SITUAZIONE FINANZIARIA

(segnare tutto ciò che fa al caso. **Importante: per eventuale AGI e/o PC allegare copia decisione**)

- AVS / AI
- Cassa pensione
- Prestazione complementare AVS/AI
- Assegno grande invalido grado minimo grado medio grado elevato
- Altre rendite

L'amministrazione della Casa di cura Immacolata richiede:

- ❖ **Per gli ospiti domiciliati in comuni ticinesi, l'autodichiarazione ammissione Case per anziani del Moesano, debitamente firmata;**
- ❖ **I più recenti cedolini postali o estratti conto bancari riguardanti i proventi (AVS/AI, PC, AGI ed eventuali altre entrate);**
- ❖ **Contratto d'assicurazione della Cassa Malati e originale tessera svizzera d'assicurazione malattie.**

Fattura mensile spedire a:

indirizzo e-mail

(da compilare nel caso di richiesta invio tramite posta)

Cognome e nome

Indirizzo completo Via, n.

NAP e luogo

Con la firma del presente formulario, si concede alla Casa di Cura Immacolata l'autorizzazione a richiedere agli organi dell'AVS e dell'AI ogni informazione necessaria per il calcolo della retta (in particolare quella di sapere se l'ospite è a beneficio dell'AGI) e l'autorizzazione a presentare richiesta (qualora ritenesse adempite le relative condizioni) per l'ottenimento dell'AGI.

(DA COMPILARE DALLA DIREZIONE)

Luogo e data

Firma

M-DIR-002/2

DATA ENTRATA

DATA USCITA

ASSUNZIONE DI DEBITO IN VIA SOLIDALE

Il/la sottoscritto/a (**debitore/**

debitrice solidale) si impegna ad assumere solidalmente il debito contratto da

..... (ospite) nei confronti della

Casa di cura Immacolata con l'ammissione del

e che consiste nella retta giornaliera di (attualmente) fr.

nonchè in eventuali spese accessorie.

Il/la sottoscritto/a risponde di tutte le rette mensili e di tutte le altre eventuali spese accessorie maturate e non saldate dall'ospite entro un mese dal termine di pagamento. Riconosce ogni aumento della retta mensile come comunicato tramite il tariffario.

Roveredo,

Il/la debitore/debitrice solidale:

.....