

Protocollo n. _____
consegnata il _____
ricevuta il _____

R.S.A. sen. Carlo Perini

Domanda d'ingresso in RSA

INDICE:

1. DATI DEL RICHIEDENTE E DELL'OSPITE
2. DATI COOBBLIGATI
3. RETTE APPLICATE
4. ELENCO DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA
5. CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E PARTICOLARI - Reg. UE 2016/679
contenuto nelle pagg. 5 e 6 del
6. Documento informativo ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 13, Reg. UE 2016/679 – INTERESSATI

1. DATI DEL RICHIEDENTE

Cognome _____ nome _____
residente a _____ prov. _____ via _____
codice fiscale _____ recapiti telefonici _____
nella sua qualità di _____ del sig/ra _____

DATI DELL'OSPITE

Cognome _____ nome _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____
residente a _____ prov. _____ via _____
stato civile _____ codice fiscale _____
cittadinanza _____ numero figli: ☐ maschi n. _____ ☐ femmine n. _____
titolo di studio _____ professione pre pensionamento _____
provenienza ospite _____
titolare di pensione: ☐ SI ☐ NO categoria _____ esenzione ticket: ☐ SI ☐ NO
invalidita' civile ☐ SI ☐ NO percentuale _____
indennita' di accompagnamento: ☐ SI ☐ NO (allegare verbale visita medica)
n° tessera sanitaria ATS (ex ASL) _____ Medico curante: _____
ambulatorio in via/viale/piazza _____ città _____ tel. _____
Data di compilazione: _____ Firma del richiedente _____
Firma dell'ospite _____

R.S.A. sen. Carlo Perini

2. DATI SOGGETTI CHE SOTTOSCRIVERANNO IL CONTRATTO

1) Cognome _____ nome _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____
residente a _____ prov. _____ via _____
codice fiscale _____ carta d'identità _____
recapiti telefonici _____
e-mail _____

☐ Parente (grado) _____ ☐ Amministratore di sostegno ☐ Tutore

☐ Comune _____ ☐ Altro _____

Data e firma _____

2) Cognome _____ nome _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____
residente a _____ prov. _____ via _____
codice fiscale _____ carta d'identità _____
recapiti telefonici _____
e-mail _____

☐ Parente (grado) _____ ☐ Amministratore di sostegno ☐ Tutore

☐ Comune _____ ☐ Altro _____

Data e firma _____

3) Cognome _____ nome _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____
residente a _____ prov. _____ via _____
codice fiscale _____ carta d'identità _____
recapiti telefonici _____
e-mail _____

☐ Parente (grado) _____ ☐ Amministratore di sostegno ☐ Tutore

☐ Comune _____ ☐ Altro _____

Data e firma _____

R.S.A. sen. Carlo Perini

3. RETTE MENSILI per gli OSPITI della RSA in vigore dall'1.1.2020

RESIDENTI in RHO o VIMODRONE da ALMENO 4 ANNI *

ASSISTITI DAL F.S.R.		
TIPOLOGIA CAMERA	RETТА PER I PRIMI DUE MESI	RETТА DAL 3° MESE
- camera singola	€ 2.500,00	€ 2.270,00
- camera da due o più letti	€ 2.500,00	€ 2.060,00

NON RESIDENTI in RHO

ASSISTITI DAL F.S.R.		
TIPOLOGIA CAMERA	RETТА PER I PRIMI DUE MESI	RETТА DAL 3° MESE
- camera singola	€ 2.500,00	€ 2.370,00
- camera da due o più letti	€ 2.500,00	€ 2.160,00

DEPOSITO CAUZIONALE FRUTTIFERO

per gli ospiti ricoverati in camera singola una somma pari a € 1.900,00

per gli ospiti ricoverati in camera da due o più letti una somma pari a € 1.600,00

MAGGIORAZIONE O RIDUZIONE RETTA

Per ricoveri o assenze programmate superiori a 3 giorni continuativi verrà operata una riduzione sulla retta nella misura di € 7,00 giornaliero.

Per coloro che richiedono il servizio in camera per il pranzo o per la cena verrà applicato un contributo giornaliero di € 3,00.

Per coloro che desiderano l'installazione di un apparecchio telefonico in camera verrà richiesto un contributo di € 5,00 mensili (oltre a eventuali addebiti per telefonate in uscita).

Firma per accettazione

Firma dell'ospite _____

Firma dei soggetti coobbligati 1) _____ 2) _____ 3) _____

Data _____

* rette riservate agli ospiti residenti da almeno 4 anni in Rho o Vimodrone alla data dell'ingresso in struttura

3. RETTE MENSILI per gli OSPITI della RSA nucleo Alzheimer in vigore dall'1.1.2020

RESIDENTI in RHO o VIMODRONE da ALMENO 4 ANNI *

ASSISTITI DAL F.S.R.		
TIPOLOGIA CAMERA	RETТА PER I PRIMI DUE MESI	RETТА DAL 3° MESE
- camera da due letti	€ 2.500,00	€ 2.320,00

NON RESIDENTI in RHO

ASSISTITI DAL F.S.R.		
TIPOLOGIA CAMERA	RETТА PER I PRIMI DUE MESI	RETТА DAL 3° MESE
- camera da due letti	€ 2.500,00	€ 2.420,00

DEPOSITO CAUZIONALE FRUTTIFERO

per gli ospiti ricoverati in camera da due letti una somma pari a € 1.900,00

MAGGIORAZIONE O RIDUZIONE RETTA

Per ricoveri o assenze programmate superiori a 3 giorni continuativi verrà operata una riduzione sulla retta nella misura di € 7,00 giornaliero.

Per coloro che richiedono il servizio in camera per il pranzo o per la cena verrà applicato un contributo giornaliero di € 3,00.

Per coloro che desiderano l'installazione di un apparecchio telefonico in camera verrà richiesto un contributo di € 5,00 mensili (oltre a eventuali addebiti per telefonate in uscita).

Firma per accettazione

Firma dell'ospite _____

Firma dei soggetti coobbligati 1) _____ 2) _____ 3) _____

Data _____

*** rette riservate agli ospiti residenti da almeno 4 anni in Rho o Vimodrone alla data dell'ingresso in struttura**

R.S.A. sen. Carlo Perini

4. DOCUMENTAZIONE da ALLEGARE alla DOMANDA:

- ☐ Scheda Sanitaria di Ingresso presso le R.S.A. A.T.S. Lombardia;
- ☐ Autocertificazione di residenza;
- ☐ Compilazione modulo di consenso al trattamento dei dati personali e particolari
- Reg. UE 2016/679 (allegato);

Fotocopie:

- ☐ tessera sanitaria e tesserino esenzione ticket;
- ☐ modello Dichiarazione Unico / Modello 730 o idonea certificazione reddituale;
- ☐ verbale invalidità e/o accompagnamento;
- ☐ carta d'identità (non scaduta);

DATI SANITARI da ALLEGARE alla DOMANDA (in fotocopia):

a titolo esemplificativo

- principali esami ematochimici e referti diagnostici;
- lettere dimissioni di ricoveri precedenti.

- _____

- _____

- _____

- _____

**L'Ente non trattiene documentazione sanitaria personale dell'ospite in originale.
Si prega di consegnare in fotocopia i documenti sanitari richiesti.**