

ALLEGATO "A"



**AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA
CASA DI RIPOSO**

Albenga – Viale Liguria n.14
Amministrazione tel. 0182/52274 Fax 0182/50841
Reparti di degenza tel. 0182/571097

Sito internet: www.istitutotrincheri.it / e-mail: segreteria@istitutodomenicotrincheri.191.it

APPROVAZIONE SPECIFICA

Ai sensi dell'Art.1341 del C.C. il sottoscritto dichiara di aver attentamente esaminato le clausole di cui ai numeri 1-2-3-4 e di approvarle specificatamente.

DATA _____

FIRMA _____

__L__ SOTTOSCRITT _____ **DICHIARA** di:

A) di avere preso visione delle norme contenute nel “ Regolamento delle ammissioni“ e di accettarne senza condizione alcuna, le disposizioni e gli obblighi in esso contenuti;

B) di autorizzare l'Ente al trattamento dei dati personali secondo l'informativa ai sensi dell'art. 13 del D. lgs.196/2003 (allegata);

C) di accettare quanto previsto dagli allegati di cui alle lettere A - B – C – D – E – F- G nella domanda di ammissione, che vengono sottoscritti.

DATA _____

FIRMA _____



**AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA
CASA DI RIPOSO**

Albenga – Viale Liguria n.14
Amministrazione tel. 0182/52274 Fax 0182/50841
Reparti di degenza tel. 0182/571097

Sito internet: www.istitutotrincheri.it / e-mail: segreteria@istitutodomenicotrincheri.191.it

- UTENTE AUTOSUFFICIENTE
- UTENTE NON AUTOSUFFICIENTE
- UTENTE NON AUTOSUFFICIENTE CON PUNTEGGIO AGED SUPERIORE A 10
- IN ATTESA DI CONTRIBUTO DEL COMUNE DI RESIDENZA

__L__ SOTTOSCRITT _____

RESIDENTE A _____ PROVINCIA DI _____

VIA _____ N. _____ TEL. _____

IN QUALITA' DI _____
(allegata fotocopia documento di identità)

CHIEDE

che venga accolta la domanda di ammissione in Istituto del/della:

SIG./SIG.RA _____

NATO /A IL _____ A _____ PROVINCIA DI _____

RESIDENTE A _____ PROVINCIA DI _____

VIA _____ N. _____ TEL. _____

(allegata fotocopia documento di identità)

E' TITOLARE DI PENSIONE

NO _____ SI _____ Per un importo netto (mensile) pari a € _____

in _____ pagamento _____ presso _____ L'Ufficio _____ Postale _____
di _____

o _____ con _____ accredito _____ su _____ C/C _____ Bancario _____ presso _____

con _____ delega _____ al/alla _____ Sig./Sig.ra _____

E' TITOLARE DI INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO :

NO IN CORSO

SI per un importo netto mensile di € _____

 L SOTTOSCRITT _____ con la presente
domanda

SI IMPEGNA

1) al pagamento della retta di:

- €. 49,50 giornaliera per utente autosufficiente

Punteggio da 75 a 100 Scheda di Valutazione per l'assistenza all'Ospite

- €. 73,42 giornaliera per utente parzialmente non autosufficiente

Punteggio da 55 a 70 Scheda di Valutazione per l'assistenza all'Ospite

- €. 76,92 giornaliera per utente gravemente non autosufficiente

Punteggio da 0 a 50 Scheda di Valutazione per l'assistenza all'Ospite

Gli ospiti convenzionati con la ASL n.2 Savonese, sono considerati Non Autosufficienti.

L'appartenenza ad una delle tre fasce indicate avverrà in base ai punteggi assegnati dalla "Scheda di valutazione Assistenza all'Ospite" compilata dal Responsabile Sanitario della struttura. Tale scheda sarà oggetto di revisione quadrimestrale e tutte le volte che si renda necessario.

2) al versamento della retta di assistenza tramite bonifico bancario entro il 1° giorno

non festivo di ogni mese sul

CODICE IBAN IT75H0853049250000370800002

presso la BANCA D'ALBA di Albenga

intestato a: ISTITUTO DOMENICO TRINCHERI

VIALE LIGURIA N.14 17031 ALBENGA (SV)

Tale bonifico dovrà contenere l'indicazione del periodo e del nominativo dell'ospite

per il quale si effettua il pagamento della retta.

In caso di decesso e/o dimissioni volontarie dell'ospite, il deposito cauzionale e la eventuale retta non dovuta saranno rimborsate entro il mese successivo a quello di uscita dell'ospite.

3) all'accettazione delle variazioni della retta mediante restituzione del modulo all'uopo predisposto, così come riportato all'Art.8 del Regolamento Interno di Ammissione, ed al pagamento del nuovo importo della retta.

 sottoscritt è a conoscenza che in caso contrario l'Ente potrà procedere alla dimissione dell'Ospite.

4) In caso di inadempimento di mancata accettazione della variazione della retta, così come deliberata dal Consiglio di Amministrazione, il sottoscritto sarà tenuto al pagamento della retta non accettata fino al momento della dimissione dell'ospite.

5) Al versamento del deposito cauzionale, pari ad una mensilità, prima dell'ammissione in Istituto, a mezzo bonifico bancario presso la Tesoreria dell'Ente come sopra specificato.

6) All'accettazione dei seguenti allegati:

A. Approvazione Specifica

B. Informativa ai sensi dell'art. 13 D. lgs.196/2003.

C. Informativa parenti/tutori ai sensi dell'art. 13 D. lgs.196/2003.

D. Comunicazione al Comune di Residenza

E. Scheda di valutazione dell'Ospite (a cura del Medico di Famiglia)

F. Scheda di valutazione per l'assistenza all'Ospite.

G. Documentazione Sanitaria.

DATA _____

FIRMA _____