

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'1.1.2019

#### RESIDENTI in RHO o VIMODRONE da ALMENO 4 ANNI \*

ASSISTITI DAL F.S.R.		
TIPOLOGIA CAMERA	RETTA PER I PRIMI DUE MESI	RETTA DAL 3° MESE
- camera singola	€ 2.500,00	€ 2.250,00
- camera da due o più letti	€ 2.500,00	€ 2.040,00

#### NON RESIDENTI in RHO

ASSISTITI DAL F.S.R.		
TIPOLOGIA CAMERA	RETTA PER I PRIMI DUE MESI	RETTA DAL 3° MESE
- camera singola	€ 2.500,00	€ 2.350,00
- camera da due o più letti	€ 2.500,00	€ 2.140,00

#### 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 giornaliera.

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.**