

<p>IPAB - CASA DI RIPOSO "MARIA ADDOLORATA" SANTA NINFA (TP)</p>	<p>Scheda di accettazione condizioni contrattuali</p>	<p>M10.08</p>
--	--	----------------------

All'Amministrazione
Casa di Riposo "Maria Addolorata"
Via S. Vito n. 45
91029 Santa Ninfa

l sottoscritt _____ nat_ a _____
il _____ domiciliato a _____
in Via _____ tel. _____ in
qualità di _____ del_ Sig. _____
nat_ a _____ il _____ domiciliato a _____
_____ in Via _____
avendo presentato richiesta di ammissione in data _____ ed essendo stato sottoposto a
valutazione multidimensionale in data _____, con esito positivo e dalla quale si evince che il
suddetto Sig. _____ è stato qualificato come:

- AUTOSUFFICIENTE
- PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTE
- NON AUTOSUFFICIENTE

- avendo visionato la Carta dei Servizi della Casa di Riposo Maria Addolorata ne accetta il contenuto;
- si obbliga per se e per gli eredi a corrispondere la relativa retta mensile entro il 10 di ogni mese, pari ad € _____ (_____), nonché gli eventuali aumenti stabiliti dal Consiglio di Amministrazione della Casa di Riposo. Resta inteso che il pagamento delle eventuali spese medicinali, indagini diagnostiche e visite specialistiche non coperte dal Servizio Sanitario, sono a carico dell'utente.
- Si obbliga inoltre a provvedere per le dimissioni tempestive e insindacabili dell'utente in parola su richiesta motivata della Struttura allorché venissero meno i requisiti di accoglimento dell'utente.
- Ove la retta di mantenimento dovesse essere assunta, in tutto o in parte, dalla Amministrazione Comunale, _l_ sottoscritt _ si impegna a proseguire i pagamenti in proprio nel caso in cui questa dovesse cessare il pagamento della retta, o a riprendere a proprie cure e spese il proprio congiunto
- Infine, si obbliga a provvedere tempestivamente per le onoranze funebri in caso di decesso dell'utente presso questa Casa di Riposo.
- Si obbliga, in caso di inadempienza nel pagamento della retta nei modi e nei termini stabiliti, a riprendere _l_ propri _ congiunto a proprie cure e spese.
- L'amministrazione della Casa di Riposo si impegna a restituire le somme pagate in proprio, in caso di compartecipazione al pagamento della retta da parte dell'Amministrazione comunale.

Al fine di completare l'iter di ammissione nella struttura si allegano i seguenti documenti:

Rev:	Data	Motivo della revisione	Emesso da	Approvato da
1	01/09/2011	Aggiunto campo autorizzazione rappresentante legale		

IPAB - CASA DI RIPOSO “MARIA ADDOLORATA” SANTA NINFA (TP)	Scheda di accettazione condizioni contrattuali	M10.08
--	---	---------------

- Documento di riconoscimento dell'ospite;
- Codice fiscale;
- Dichiarazione ISEE;
- Eventuale certificato di invalidità;
- Eventuali codici di esenzione ticket;
- Libretto assistenza sanitaria (solo per i non residenti nel Comune);
- Libretto assistenza farmaceutica integrativa;
- Referto non anteriore al bimestre in corso relativo ai seguenti esami: emocromo, transaminasi GOT e GPT, fosfatasi alcalini, sideremia, colesterolo, trigliceridi, amilasi, bilirubina totale e diretta, HIV, HCV;
- Altro: _____

Al pagamento della retta di ricovero sarà provveduto mediante:

- Accredito su conto corrente bancario intestato alla Casa di Riposo Maria Addolorata:
 IBAN: IT90 T030 6981 9500 n.75319030183
 BIC: BCITITMM162
- Versamento all'Economo dell'Ente.

Con osservanza.

Santa Ninfa li _____

Firma del committente

Si autorizza il trattamento dei dati personali in ottemperanza a quanto previsto dal D.Lgs. 196/2003.

Santa Ninfa li _____

Firma del committente

Data di decorrenza effettiva del ricovero	Data dimissioni	Motivo dimissioni:
	Firma dell'Ospite o del congiunto	

Rev:	Data	Motivo della revisione	Emesso da	Approvato da
1	01/09/2011	Aggiunto campo autorizzazione rappresentante legale		

<p>IPAB - CASA DI RIPOSO “MARIA ADDOLORATA” SANTA NINFA (TP)</p>	<p>Scheda di accettazione condizioni contrattuali</p>	<p>M10.08</p>
--	--	----------------------

Parte riservata all’Ufficio

Visto l’esito positivo della valutazione multidimensionale

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

- AUTORIZZA ALL’INGRESSO IL SIG./LA SIG.RA _____
- NON AUTORIZZA ALL’INGRESSO IL SIG./LA SIG.RA _____

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

Rev:	Data	Motivo della revisione	Emesso da	Approvato da
1	01/09/2011	Aggiunto campo autorizzazione rappresentante legale		