



**FONDAZIONE
CENTRO RESIDENZIALE
VINCENZO CHIARUGI
DELLA MISERICORDIA DI EMPOLI
O.N.L.U.S.**

Via G. Monaco, 23 - 50053 EMPOLI (FI) - Tel. 0571.590.219 - 0571.591.770 - C. F. e P. IVA 02295320481 - Amministr.: Tel. 0571.592.911 - Fax 0571.993.486

data _____

prot. _____

**Alla Direzione della Fondazione
Centro Residenziale Vincenzo Chiarugi
della Misericordia di Empoli**

OGGETTO: DOMANDA DI AMMISSIONE

___1___ sottoscritt. _____

nat _ a _____ (_____) il _____

residente a _____ via _____ tel. _____

titolo di studio _____ lavoro svolto _____

pensione _____ cat _____ n° _____

stato civile _____

rivolge domanda per essere accolt ___ presso Codesta Struttura Residenziale per anziani per la seguente tipologia di ospitalità:

CONTINUATA-VITALIZIA _____ TEMPORANEA _____ periodo _____

CENTRO DIURNO _____

AUTOSUFFICIENTE _____ NON AUTOSUFFICIENTE _____

Dichiara di essere a conoscenza delle norme previste dal regolamento del CENTRO RESIDENZIALE "V. Chiarugi" e di impegnarsi all'osservanza del medesimo in ogni sua parte. Fa presente di avere inoltrato la richiesta di autorizzazione al distretto (oppure all'ASL o al Comune) di _____. Dichiara di aver preso visione, di accettare quanto scritto nelle due pagine seguenti e di sostituirsi ad eventuali inadempienti.

IN FEDE (firma del richiedente o del tutore)

CONDIZIONI PER L'AMMISSIONE del Sig. _____

1) Il Sottoscritto (tutore o garante) _____

nato a _____ il _____

e residente in _____ tel. _____

grado di parentela con il richiedente _____

2) Il Sottoscritto (tutore o garante) _____

nato a _____ il _____

e residente in _____ tel. _____

grado di parentela con il richiedente _____

3) Il Sottoscritto (tutore o garante) _____

nato a _____ il _____

e residente in _____ tel. _____

grado di parentela con il richiedente _____

Fornisce/forniscono le seguenti notizie in merito alle condizioni psico-fisiche dell'ospite ed alle sue abitudini comportamentali:

1- si impegna/no a mantenere continui contatti con l'anziano ricoverato presso il Centro Residenziale, e ad occuparsi di lui per visite mediche, ricoveri in ospedale, igiene personale, vestiario, altre particolari necessità.

2- si impegna/no ad avere contatti continui con il personale del Centro Residenziale per fare in modo di soddisfare tutti i bisogni che l'ospite può avere nel corso dell'ospitalità.

3- si impegna/no a corrispondere l'intero importo della retta giornaliera attualmente prevista a loro carico e a provvedere che venga pagata regolarmente anche quella a carico dell'ospite sostituendosi ad eventuali inadempienti, nonché a rimborsare qualsiasi spesa o servizio anticipata dall'Istituto per conto dell'ospite, nel corso della sua permanenza.

4- prendono atto della ripartizione della retta stabilita dall'ASL o dal Comune competente e sono consapevoli che nel futuro dovranno pagare gli aumenti della retta salvo diversa disposizione, secondo quanto stabilito dal distretto, dall'ASL o dal Comune di competenza.

5- Si impegna/no a pagare puntualmente la retta a carico proprio e dell'ospite presso la Cassa dell'Ente (direttamente o tramite Istituto Bancario delegato) entro 15 giorni dal deposito della fatturazione, che avviene normalmente entro il 10 di ogni mese e comunque si impegnano a pagare gli interessi dovuti per il non rispetto delle scadenze, secondo quanto previsto dal regolamento.

6- Sia i sottoscritti che l'ospite stesso sollevano fin d'ora il Centro Residenziale "V. Chiarugi" e tutto il personale addetto da ogni e qualsiasi responsabilità per incidenti, infortuni e quant'altro relativo, provocato dall'ospite nei confronti della propria persona, di terzi (persone, animali, cose) e sia all'interno che all'esterno dell'Istituto, sollevando nel contempo l'Istituto da ogni responsabilità per il caso che l'ospite si allontani dalla residenza di propria iniziativa.

7- Prende / prendono atto che l'Amministrazione, a suo insindacabile giudizio, ha la facoltà di dimettere l'ospite qualora si verificassero inadempienze nei pagamenti, nel rispetto del Regolamento, per condotta incompatibile con la vita comunitaria, o altre cause tali da richiedere il suo allontanamento. In conseguenza di ciò i firmatari della presente si impegnano ad ospitare l'anziano in oggetto qualora fosse dimesso dall'Istituto.

8- Prende / prendono atto che per tutto quanto non compreso nella presente domanda vige quanto previsto dal Regolamento dell'Istituto, dalla convenzione stipulata con la A.S.L. 11, dalle norme vigenti in materia e dalla consuetudine.

9- Prende / prendono atto che l'accettazione della domanda e la successiva ammissione dell'ospite sono subordinate alla presentazione: dei documenti previsti, dell'autorizzazione al ricovero rilasciata dall'A.S.L. o dal Comune competente, della scheda di valutazione socio-sanitaria, nonché agli accertamenti disposti direttamente dal Centro Residenziale.

A titolo di garanzia per i servizi da effettuare i sottoscritti, **Ospiti e Garanti** dell'ospite si impegnano a versare la somma di €..... come deposito cauzionale infruttifero da versarsi:

- in unica soluzione;
- pagamento rateale di €.....per rata, fino alla concorrenza della suddetta somma.

in fede

1) _____

2) _____

3) _____

BANCA D'APPOGGIO INDICATA _____

Si autorizza l'utilizzo di dati e notizie riguardanti la mia persona limitatamente alle finalità legate alla vostra attività in ottemperanza alla legge n. 675/96.

L'Utente _____

L'Amministrazione _____

DOCUMENTI DA ALLEGARE:

- 1) Certificato contestuale anagrafico o autocertificazione _____
- 2) Fotocopia certificato/i di pensione _____
- 3) Fotocopia libretto sanitario _____
- 4) Fotocopia codice fiscale _____
- 5) Fotocopia documento di identità valido _____
- 6) Fotocopia eventuale certificato di invalidità _____
- 7) _____

DOCUMENTI DA PRESENTARE DA PARTE DELL'ASL O DEL COMUNE:

- A. Autorizzazione all'ammissione e ripartizione retta _____
- B. Scheda di valutazione socio-sanitaria _____

.....

PARTE RISERVATA AL CENTRO RESIDENZIALE:

VISITA MEDICA _____

AMMESSO DAL _____

COMUNICAZIONI ALTRI REPARTI _____

CODICE ELABORATORE _____

RICHIESTA RESIDENZA _____

COMUNICAZIONE ASL/COMUNE _____

SCELTA MEDICO: dott. _____

BANCA D'APPOGGIO INDICATA _____