

**Amministrazione destinataria**

Comune di Ancona

Ufficio destinatarioPolitiche sociali – Uffici di Promozione
Sociale**Domanda di accesso alla residenza "Benincasa"****Il sottoscritto**

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
Residenza					
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato
					<input type="checkbox"/>
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria	
				Posta elettronica certificata	

Soggetto interessato

- riferito a se stesso
- riferito alla persona di seguito specificata

soggetto interessato

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.)					

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

di essere ricoverato permanentemente presso la residenza protetta anziani "Benincasa" di Ancona

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

di essere attualmente domiciliato

- presso la propria abitazione
 presso la seguente struttura

Nome struttura

di aver preso visione e di accettare tutte le norme che regolano il funzionamento della residenza protetta, in particolare à atto di quanto segue

- che la destinazione delle stanze viene stabilita dalla direzione in relazione alle condizioni psicofisiche dell'anziano e che può variare nel corso del ricovero, in relazione alle condizioni dell'ospite e delle esigenze organizzativo - gestionali del servizio
 che l'ospite verrà dimesso in caso di mancato pagamento della retta o qualora si rilevi un cambiamento delle condizioni sanitarie dell'ospite tale da non assicurare un'adeguata assistenza da parte della struttura, dietro accertamento della commissione valutativa che eventualmente provvederà ad indicare la struttura più idonea

di impegnarsi a versare alla KCS cooperativa sociale situata in via A. Manzoni n. 7, Bergamo, la retta giornaliera di euro 37,87 € al giorno + IVA al 5% entro i primi 15 giorni del mese di fruizione del servizio come prescritto dal regolamento, a decorrere dalla data di inserimento presso la residenza.

di essere consapevole che se la retta non venisse corrisposta entro tale termine, dopo un sollecito scritto, l'ospite potrà essere dimesso secondo quanto riportato nel regolamento comunale residenze protette anziani all'art. 21

di essere consapevole che nella quota non sono compresi i farmaci non a carico del SSN e pannoloni o altri presidi sanitari in eccedenza alla dotazione fornita dall'ASL

di essere consapevole che la retta comprende le sole prestazioni di tipo alberghiero e assistenziale

di essere consapevole che la commissione preposta alla valutazione per l'ammissione alla struttura, anche in caso di parere favorevole, si riserva, prima dell'ingresso, di rivalutare le condizioni sanitarie del richiedente al fine di verificare se gli eventuali cambiamenti psico-fisici sopraggiunti siano compatibili con i livelli assistenziali erogabili

DICHIARA INOLTRE

che il beneficiario sopradescritto ha il seguente stato civile

- nubile o celibe
 coniugato con il seguente soggetto

Cognome

Nome

Luogo di nascita

Data di nascita

- vedovo del seguente soggetto

Cognome

Nome

- con figli conviventi
 senza figli conviventi
 con figli non conviventi

che si trovano nella seguente condizione

- invalidi
 disabili
 ricoverati presso strutture sanitarie o socio-sanitarie

che il nucleo familiare si compone di

Cognome	Nome	Data di nascita	Grado di parentela (*)

Grado di parentela ()*

adottato, bisnonno/bisnonna, cognato/cognata, convivente con vincoli di adozione affettivi, convivente in convivenza non affettiva, cugino/cugina, figliastro/figliastro, figlio/figlia, fratellastro/sorellastra, fratello/sorella, genero/nuora, intestatario, marito/moglie, nipote, nipote (collaterale), nipote (discendente), non definito/comunicato, nonno/nonna, padre/madre, patrigno/matrigna, pronipote (discendente), responsabile della convivenza non affettiva, suocero/suocera, tutore, unito civilmente, altro affine, altro parente

che oltre ai suddetti non vi sono altri familiari legittimi

che la garanzia si intende prestata per tutta la durata del rapporto intercorrente tra l'ospite e KCS Caregiver cooperativa sociale

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- autorizzazione farmaci
- lettera di impegno dei parenti con copie dei documenti d'identità
- problemi clinici frequenti nell'assistito
- rapporti con il medico di medicina generale
- scheda di accertamento delle condizioni psico fisiche di autonomia
- copia della documentazione medica ed eventuale verbale di invalidità civile
- certificazione medica della terapia farmaceutica attualmente in atto
- copia del documento di identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Ancona

Luogo

Data

il dichiarante