Amministrazione destinataria

Comune di Ancona

Ufficio destinatario

Politiche sociali – Uffici di Promozione Sociale

Domanda di accesso al centro diurno per anziani “Benincasa”

Il sottoscritto

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

Residenza

Provincia | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Interno** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

Telefono cellulare | **Telefono fisso** | **Posta elettronica ordinaria** | **Posta elettronica certificata**

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 ammesso presso il centro diurno per 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 aver preso visione e di accettare tutte le norme che regolano il funzionamento del centro diurno ed in particolare prende atto delle seguenti condizioni
  - ☑ che il centro è aperto dalle ore 9:00 alle ore 16:00
  - ☑ che l’ospite verrà dimesso in caso di mancato pagamento della retta dovuta o qualora si presentino cambiamenti delle condizioni sanitarie tali da non assicurare adeguata assistenza da parte del centro, dietro accertamento della commissione valutativa che provvederà ad indicare il servizio più idoneo
- ☑ di impegnarsi a versare ad A.T.I. Caregiver Progetto persona – Cooperativa Sociale a.r.l. Onlus, sita in via A. Manzoni n. 7, Bergamo la retta giornaliera di 8.00 € al giorno + IVA al 5% entro i primi 15 giorni del mese di fruizione del servizio come prescritto dal regolamento, nonché delle spese extra, quali prestazioni sanitarie non coperte dal S.S.N.
- ☑ di essere consapevole che qualora la retta non venga corrisposta entro tale termine, dopo un sollecito scritto, l’ospite potrà essere dimesso secondo quanto riportato nel Regolamento comunale residenze protette anziani, art. 21

☑ che il soggetto 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 adozioneo affettivi, convivente in convivenza non affettiva, cugino/cugina, figliastro/figliastra, 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)

- [x] lettera di impegno dei parenti con copie dei documenti d'identità
- [x] scheda di accertamento delle condizioni psico fisiche di autonomia centro diurno
- [x] problemi clinici frequenti nell'assistito
- [x] rapporti con il medico di medicina generale
- [x] copia della documentazione medica ed eventuale verbale di invalidità civile
- [x] 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.

Luogo	Data	il dichiarante
Ancona		