Domanda Ammissione Hospice

La/Il sottoscritta/o…… in qualità di:

- ☐ Interessato/a
- ☐ Amministratore di Sostegno (ADS)
- ☐ Tutore
- ☐ Altro (specificare) ……

Chiede l'ammissione, c/o l'Hospice di codesto Istituto, del Sig./ della Sig.ra:

Cognome		Nome	
Nata/o a		Prov.	Il
Residente a		Prov.	C.A.P.
Via			n.
Codice Fiscale:			
Codice Assistito (Tessera Sanitaria) n°		Esenzione:	
Indennità di Accompagnamento: ☐ no ☐ sì ☐ in attesa di accertamento			
Invalidità Civile: ☐ no ☐ sì – percentuale _____%			

Il pagamento della retta dovrà essere effettuato a fine mese con Bonifico Bancario, entro 15 giorni dal ricevimento della fattura che sarà trasmessa dall'Ufficio Contabilità Utenti al seguente indirizzo e-mail: _____.

DATI PERSONA RESPONSABILE DEL PAGAMENTO- GARANTE:

☐ Coniuge ☐ Figlio/a ☐ ADS ☐ Altro Parente _____ ☐ Altro_____

Cognome		Nome	
Nata/o a		Prov.	il
Residente a		Prov.	C.A.P.
Via			n.
Codice Fiscale:			
Numero Carta d'Identità:		Rilasciata da:	
Telefono Abitazione:		Telefono Ufficio:	
Telefono Cellulare:		Altro recapito:	
E-mail (per tutte le comunicazioni fiscali e Amministrative):			
Firma:			

- Dichiaro sin d'ora ai sensi della Legge Regionale n. 1/1986 – art. 10 che il Sig./Sig.ra _____ è consenziente alla presente richiesta di ammissione, formulata a seguito di Sua libera scelta e determinazione.

- Al fine di ottemperare tutte le procedure di ingresso presso l'Hospice del Vostro Istituto dichiaro, nel caso la presente Richiesta fosse favorevolmente accolta, di impegnarmi ora per allora ad accettare, senza eccezioni di sorta, il contenuto della Carta dei Servizi e del Contratto di Ingresso.

Dichiaro inoltre di aver preso visione, compreso ed accettato in ogni loro parte i seguenti documenti (scaricabili dal sito www.laprovvidenzaonlus.it o di cui ho RICEVUTO, su mia richiesta, copia cartacea):

- ☐ **Carta dei Servizi**
- ☐ **Regolamento Hospice**
- ☐ **Contratto di Ingresso**
- ☐ **Informativa sui diritti degli Assistiti**
- ☐ **Informativa e regolamento Privacy**
- ☐ **IBAN per pagamento retta degenza**

Firma Interessato ……..

Firma ADS/Tutore ……

Firma Familiare ……

Data……

ALLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI INSERIMENTO L'INTERESSATO E/O IL GARANTE SI IMPEGNA INOLTRE A FORNIRE COPIA DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

- ☐ **Scheda di Segnalazione per presa in carico Hospice/UcpDom**
- ☐ **Relazione clinica aggiornata e terapia farmacologica in corso**
- ☐ Fotocopia Carta d'Identità
- ☐ Stato di Famiglia
- ☐ Certificato di Residenza (se negli ultimi 6 mesi è stata effettuata una variazione di residenza)
- ☐ Fotocopia Tessera Sanitaria ed Esenzione del Ticket
- ☐ Fotocopia Verbale d'Invalidità/Accompagnamento/Domanda Invalidità (se riconosciuta/richiesta)
- ☐ Fotocopia eventuale Istanza di richiesta ADS Tutore o Verbale Nomina ADS/Tutore/Giuramento ADS/Tutore

LA DOMANDA DI INSERIMENTO NON SARA' TENUTA IN CONSIDERAZIONE SE RICONSEGNATA PARZIALMENTE COMPILATA O MANCANTE DELLA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

In fede IL GARANTE	In fede L'INTERESSATO
_____	_____

Data,_____

AL MOMENTO DELL'INGRESSO, L'UTENTE O IL SUO FAMILIARE E' TENUTO A PRESENTARE I SEGUENTI DOCUMENTI/MATERIALE:

- **Impegnativa MMG con Richiesta di Ricovero in Hospice**
- Relazione Clinica aggiornata ed elenco aggiornato delle terapie in corso
- Presidi assorbenti, se in uso
- Dotazione abbigliamento e necessario per l'igiene personale
- Eventuali ausili in uso (bastone, deambulatore, etc)

IN CASO DI NECESSITÀ CONTATTARE ANCHE:

☐ Coniuge ☐ Figlio/a ☐ ADS ☐ Altro Parente _____ ☐ Altro_____			
Cognome	Nome		
Residente a		Prov.	C.A.P.
Via			n.
Telefono Abitazione:	Telefono Ufficio:		
Telefono Cellulare:	Altro recapito:		
E-mail:			

☐ Coniuge ☐ Figlio/a ☐ ADS ☐ Altro Parente _____ ☐ Altro_____			
Cognome	Nome		
Residente a		Prov.	C.A.P.
Via			n.
Telefono Abitazione:	Telefono Ufficio:		
Telefono Cellulare:	Altro recapito:		
E-mail:			

☐ Coniuge ☐ Figlio/a ☐ ADS ☐ Altro Parente _____ ☐ Altro_____			
Cognome	Nome		
Residente a		Prov.	C.A.P.
Via			n.
Telefono Abitazione:	Telefono Ufficio:		
Telefono Cellulare:	Altro recapito:		
E-mail:			