

Alla Direzione Generale  
ANFFAS ONLUS Centro Lario e Valli  
Via Cascinello rosso, 1  
22010 Grandola ed Uniti – Co  
[segreteria@anffasmenaggio.com](mailto:segreteria@anffasmenaggio.com)

***RICHIESTA DI AMMISSIONE AL RICOVERO DIURNO/RESIDENZIALE  
PRESSO I SERVIZI SOCIO-SANITARI E SOCIO-ASSISTENZIALI DI  
ANFFAS ONLUS CENTRO LARIO E VALLI/LA ROSA BLU***

**Il/la sottoscritto/a** \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

**chiede l'ammissione di:**

<b>Cognome</b> _____ <b>Nome</b> _____ di seguito "ospite" nato/a _____ il ___/___/___ residenza _____ via _____ n. _____ C.F. _____ tel. _____ cell. _____ e-mail _____ ev. note: (scolarità, professione, pensione, I.C.) _____ _____
---

<b>ai seguenti servizi socio-sanitari o socio-assistenziali</b> di ANFFAS ONLUS Centro Lario e Valli: <input type="checkbox"/> RSD ANFFAS Residence; Centro Multiservizi "La Rosa Blu": <input type="checkbox"/> Minialloggio; <input type="checkbox"/> Micro-nido; <input type="checkbox"/> CSS _____ <input type="checkbox"/> RSD La Rosa Blu; <input type="checkbox"/> Comunità Alloggio; <input type="checkbox"/> _____; <input type="checkbox"/> _____; <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____
---

in diurnato  diurnato/prericobero  residenzialità  forma temporanea  forma definitiva  
dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_; e dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_;  
e dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_; e dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

**dichiara di essere a conoscenza** dell'ammontare della retta, al netto di eventuali contributi sanitari

giornaliera € \_\_\_\_\_  settimanale € \_\_\_\_\_;  mensile € \_\_\_\_\_  
 giornaliera € \_\_\_\_\_  settimanale € \_\_\_\_\_;  mensile € \_\_\_\_\_

**dichiara che la stessa** verrà assicurata da:

1) Cognome e nome \_\_\_\_\_ in  
qualità di \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
nella misura massima di € \_\_\_\_\_

2) E da \_\_\_\_\_ nella misura massima di € \_\_\_\_\_  
Cognome e nome \_\_\_\_\_  
In qualità di \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ nella misura massima di € \_\_\_\_\_

3) E da \_\_\_\_\_ nella misura massima di € \_\_\_\_\_  
Cognome e nome \_\_\_\_\_  
In qualità di \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ nella misura massima di € \_\_\_\_\_

**Inoltre il sottoscritto:**

- Si obbliga a rimborsare (salvo ricoveri definitivi nella sola RSD), le eventuali spese sostenute da ANFFAS/La Rosa Blu per l'acquisto di medicinali, visite mediche specialistiche, accertamenti diagnostici, per quanto non sia a carico del Servizio Sanitario Nazionale o di enti previdenziali pubblici e privati, nonché le eventuali somme addebitate in conformità alla relativa Carta dei Servizi, compresi eventuali effetti personali;
- acconsente nel caso di ricovero definitivo nella RSD che il proprio medico di base divenga il Direttore Sanitario della RSD;
- acconsente ad ogni atto sanitario e farmacologico, assistenziale od educativo ritenuto necessario per la tutela dell'ospite nel pieno rispetto delle vigenti normative e della predisposizione ed esecuzione di un Piano di Trattamento Personalizzato predisposto dagli operatori della unità d'offerta interessata integrato da eventuali suggerimenti dei famigliari/sostituti legali autorizzati;
- si obbliga a consegnare carte valori, denaro contante ed oggetti di valore al Direttore Generale che rilascerà ricevuta di quanto dato in custodia ad ANFFAS. ANFFAS sarà ritenuta responsabile esclusivamente di tali oggetti o valori purchè formalmente inventariati;
- si impegna a richiedere per iscritto attraverso specifica modulistica, alla Direzione Generale di ANFFAS/La Rosa Blu l'autorizzazione al rientro temporaneo presso il proprio domicilio dell'Ospite ricoverato definitivamente, precisando la durata dell'assenza e sollevando ANFFAS/La Rosa Blu da qualsiasi responsabilità per tali periodi di assenza e dichiarandosi a conoscenza di eventuali riduzioni della retta in caso di assenze preventivamente comunicate;

- si obbliga ad eseguire i pagamenti di cui sopra alla fine di ogni mese, al massimo entro il terzo giorno del mese successivo autorizzando il pagamento attraverso \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;
- Si impegna a corrispondere l'indennizzo dovuto nel caso che l'ospite definitivo la sci la struttura, \_\_\_\_\_, senza dare il preavviso indicato nella Carta dei Servizi, dando atto di conoscere che la misura giornaliera di tale indennizzo sarà pari alla retta giornaliera in vigore.
- autorizza l'ospite a partecipare a tutte le iniziative interne ed esterne organizzate direttamente da ANFFAS/La Rosa Blu o in accordo con agenzie esterne, compreso l'utilizzo di eventuali mezzi pubblici o privati di trasporto che si renderanno necessari;
- ritiene di esprimere la volontà della persona interessata all'ammissione, qualora la stessa sia impossibilitata a concedere personalmente il consenso;
- acconsente, acquisite le informazioni previste ai sensi della L. 196/2003 e del Regolamento UE 679/2016, al trattamento dei dati personali contenuti nella presente documentazione per le finalità previste dalla legge, essendo a conoscenza che il titolare di tale trattamento è il Legale Rappresentante pro-tempore di ANFFAS Onlus Centro Lario e Valli e che il responsabile del trattamento è il Direttore pro-tempore di ANFFAS/La Rosa Blu;
- **dichiara di aver preso visione delle indicazioni contenute nella Carta dei Servizi dell'unità d'offerta e di accettarle integralmente.**

**ELENCO DI ALTRI PARENTI/CONOSCENTI CUI FARE RIFERIMENTO PER EVENTUALI COMUNICAZIONI**

Nome	Residenza	Grado di parentela/qualifica	Telefono/e-mail
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Si impegna a consegnare tutta la documentazione in corso di validità, vestiario ecc. che gli verrà richiesto ed in particolare:**

- carta d'identità;
- autocertificazione stato di famiglia e di residenza;
- certificato di invalidità e di attestazione di disabilità grave ai sensi L. 104/1992;
- codice fiscale;
- copia della tessera sanitaria ed eventuale esenzione dal ticket;
- eventuali certificati di frequenza a scuole dell'obbligo;
- documentazione clinica (relazione medico di base, servizi specialistici, ecc.);
- relazioni psico-sociali con particolare riferimento alla composizione e relazioni famigliari;
- elenco e posologia farmaci assunti;
- certificazione delle vaccinazioni eseguite e recenti esami ematici;
- copia del libretto di pensione e di eventuali redditi patrimoniali del congiunto disabile;

- copia della dichiarazione dei redditi personale o dei parenti cui si è a carico/attestato ISEE;
- atto deliberativo con il quale il Comune o altro Ente competente si impegna al pagamento della retta inerente il ricovero;
- eventuale impegno della famiglia a contribuire al pagamento della retta;
- copia dell'atto di nomina del sostituto legale (tutore, curatore, amministratore di sostegno);
- altro, (precisare)\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

**PER INTEGRALE CONOSCENZA ED ACCETTAZIONE DI QUANTO CONTENUTO nella**

**Carta dei Servizi dell'unità d'offerta \_\_\_\_\_:**

**Note aggiuntive a cura del richiedente il ricovero \_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Sig. \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Sig. \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Sig. \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Eventuali note a cura di ANFFAS/La Rosa Blu**

In caso di positiva accettazione della domanda verranno inviati alcuni ulteriori documenti da sottoscrivere; delega per acquisizione medico di base, consenso informato, autorizzazione a partecipare a varie attività ecc.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

In fede \_\_\_\_\_