



AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA

CASA DI RIPOSO

Albenga – Viale Liguria n.14

Amministrazione tel. 0182/52274 Fax 0182/50841

Reparti di degenza tel. 0182/571097

Sito internet: www.istitutotrincheri.it / e-mail: segreteria@istitutotrincheri.it

ALLEGATO “A”

APPROVAZIONE SPECIFICA

Ai sensi dell'Art.1341 del C.C. il/la sottoscritto/a dichiara di aver attentamente esaminato le clausole di cui ai numeri 1-2-3-4 e di approvarle specificatamente.

DATA_____

FIRMA_____

__L__ SOTTOSCRITT _____

DICHIARA

- A. di avere preso visione delle norme contenute nel Regolamento delle ammissioni e di accettarne senza condizione alcuna, le disposizioni e gli obblighi in esso contenuti;
- B. di autorizzare l'Ente al trattamento dei dati personali secondo l'informativa ai sensi dell'art. 13 del D. lgs.196/2003 (allegata);
- C. di accettare quanto previsto dagli allegati di cui alle lettere A - B – C – D – E – F- G nella domanda di ammissione, che vengono sottoscritti.

DATA_____

FIRMA_____



AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA

CASA DI RIPOSO

Albenga – Viale Liguria n.14

Amministrazione tel. 0182/52274 Fax 0182/50841

Reparti di degenza tel. 0182/571097

Sito internet: www.istitutotrincheri.it / e-mail: segreteria@istitutotrincheri.it

- ☐ UTENTE AUTOSUFFICIENTE
- ☐ UTENTE PARZIALMENTE NON AUTOSUFFICIENTE
- ☐ UTENTE NON AUTOSUFFICIENTE
- ☐ UTENTE GRAVEMENTE NON AUTOSUFFICIENTE CON PUNTEGGIO AGED SUPERIORE A 16
- ☐ IN ATTESA DI CONTRIBUTO DEL COMUNE DI RESIDENZA

__L__ SOTTOSCRITT _____

RESIDENTE A _____ PROVINCIA DI _____

VIA _____ N. _____ TEL. _____

IN QUALITA' DI _____
(allegata fotocopia documento di identità)

CHIEDE

che venga accolta la domanda di ammissione in Istituto del/della:

SIG./SIG.RA _____

NATO /A IL _____ A _____ PROVINCIA DI _____

RESIDENTE A _____ PROVINCIA DI _____

VIA _____ N. _____ TEL. _____

(allegata fotocopia documento di identità)

È TITOLARE DI PENSIONE

NO ☐ SI ☐ Per un importo netto (mensile) pari a € _____

In pagamento presso l'Ufficio Postale di _____

o con accredito su C/C Bancario presso _____

con delega al/alla Sig./Sig.ra _____

È TITOLARE DI INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO:

NO ☐ IN CORSO ☐ SI ☐

per un importo netto mensile di € _____

__L__ SOTTOSCRITT__ con la presente
domanda

SI IMPEGNA

- 1) al pagamento della retta di:
- ✓ € 53,50 giornaliera per utente autosufficiente con punteggio AGED da 0 a 5,5
 - ✓ € 70,00 giornaliera per utente parzialmente autosufficiente, punteggio AGED da 5,5 a 10 (QUOTA ALBERGHIERA € 48,28 + QUOTA SANITARIA € 21,72).
 - ✓ Per utente non autosufficiente, punteggio AGED da 10,5 a 16
 - PRIVATO: € 80,92
(QUOTA ALBERGHIERA € 51,78 + QUOTA SANITARIA € 29,14)
 - CONVENZIONATO:
QUOTA ALBERGHIERA € 53,19 FINO AL 30/06/2025
QUOTA ALBERGHIERA € 54,60 DAL 01/07/2024
 - ✓ Per utente non autosufficiente, punteggio AGED da 16,5
 - PRIVATO: € 100,71
(QUOTA ALBERGHIERA € 53,78 + QUOTA SANITARIA € 46,93)
 - CONVEZIONATO: QUOTA ALBERGHIERA € 54,60

L'appartenenza ad una delle quattro fasce indicate avverrà in base ai punteggi assegnati dalla "Scheda di valutazione Assistenza all'Ospite" compilata dal Direttore Sanitario della struttura. Tale scheda sarà oggetto di revisione quadrimestrale e tutte le volte che si renda necessario.

2) al versamento della retta di assistenza tramite bonifico bancario entro il 1°giorno non festivo di ogni mese sul CODICE IBAN

IT70K0853049250000000600002

presso la BANCA D'ALBA di Albenga intestato a:
ISTITUTO DOMENICO TRINCHERI - VIALE LIGURIA n.14
17031 ALBENGA (SV)

Tale bonifico dovrà contenere l'indicazione del periodo e del nominativo dell'ospite per il quale si effettua il pagamento della retta.
In caso di decesso e/o dimissioni volontarie dell'ospite, il deposito cauzionale e la eventuale retta non dovuta saranno rimborsate entro il mese successivo a quello di uscita dell'ospite.

3) all'accettazione delle variazioni della retta mediante restituzione del modulo a tale scopo predisposto, così come riportato all'Art.8 del Regolamento Interno di Ammissione, ed al pagamento del nuovo importo della retta.

__ sottoscritt __ è a conoscenza che in caso contrario l'Ente potrà procedere alla dimissione dell'Ospite.

- 4) In caso di inadempimento di mancata accettazione della variazione della retta, così come deliberata dal Consiglio di Amministrazione, il sottoscritto sarà tenuto al pagamento della retta non accettata fino al momento della dimissione dell'ospite.
- 5) Al versamento del deposito cauzionale, pari ad una mensilità, prima dell'ammissione in Istituto, a mezzo bonifico bancario presso la Tesoreria dell'Ente come sopra specificato.
- 6) All'accettazione dei seguenti allegati:

- A. Approvazione Specifica
- B. Informativa ai sensi dell'art. 13 D. lgs.196/2003. – GDPR 679/2016
- C. Informativa parenti/tutori ai sensi dell'art. 13 D. lgs.196/2003.
- D. Comunicazione al Comune di Residenza
- E. Scheda di valutazione dell'Ospite (a cura del Medico di Famiglia)
- F. Scheda di valutazione per l'assistenza all'Ospite.
- G. Documentazione Sanitaria.

DATA_____

FIRMA_____