



DOMANDA DI AMMISSIONE

Documenti da presentare il sabato dalle ore 8 alle ore 12 e dalle 14 alle 17:

1. Richiesta iscrizione lista di attesa;
2. Certificato medico ;
3. Contratto di ingresso per posto Rsa, o posto autorizzato non a contratto;
4. Certificato Cumulativo in carta semplice rilasciato dal Comune di Brescia o autocertificazione dell'ospite;
5. Certificazione del reddito (ultimo modello CUD/Unico/730);
6. Fotocopia carta regionale dei servizi ed eventuale tessera esenzione ticket;
7. Informativa e consenso sul trattamento dei dati personali.
8. Informativa sulla tutela della persona fragile con limitata capacità di agire.

PAGAMENTO DELLA RETTA

Retta giornaliera:

Stanza singola € 75 giornaliera;

Stanza a 2 o 3 letti € 65 giornaliera;

Stanza posto autorizzato ma non accreditato € 100 giornaliera.

La retta va pagata mensilmente in via anticipata entro il giorno 5 di ogni mese.

Qualora il richiedente non sia in grado di provvedere direttamente al pagamento integrale della retta, dovrà inoltrare apposita richiesta di integrazione presso il comune di residenza, settore servizi sociali.

Aggiornato al 02/01/2022



RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN LISTA D'ATTESA

Cognome Nome Sesso M F

Nato a il

Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

Cittadinanza Figli n° M n° F

Stato civile CELIBE/NUBILE CONIUGATO/A con
 UNITO/A CIVILMENTE con
 SEPARATO/A DIVORZIATO/A
 VEDOVO/A di

Residente a CAP

in Via n.

Vive con: coniuge/convivente coniuge/figli figli parenti badante solo/a altro

Attuale collocazione

Titolo di studio Precedente occupazione

È seguito dal Servizio Sociale del Comune? NO SI

Se SI indicare di quale servizio usufruisce

Cognome e Nome Assistente Sociale Tel.

ASST di Residenza Tessera Sanitaria N.: | | | | | | | | | |

Medico curante telefono

Usfruisce del servizio ADI (Assistenza Domiciliare Integrata)? SI NO

Usfruisce di altri servizi? SI NO

Se SI quali?

Possiede una certificazione di Invalidità? NO SI **Se SI, allegare copia del verbale di invalidità**

in corso di ottenimento (data di presentazione della domanda))



Se SI indicare la percentuale di invalidità riconosciuta%

civile (data.....) di guerra (data.....) del lavoro (data.....)

Percepisce l'assegno di accompagnamento? SI NO NO, domanda presentata in data

Percepisce una pensione? nessuna anzianità/vecchiaia minima/sociale reversibilità

altro Importo netto complessivo mensile circa €

PARENTI E PERSONE DI RIFERIMENTO

* <input type="checkbox"/>	Grado di parentela	Cognome e nome	Via, numero civico, CAP, città	Telefono	e-mail
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					

* **Barrare la persona a cui fare riferimento di preferenza per la presente pratica**

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

Amministratore di Sostegno: SI NO Presentata Istanza di Nomina in Tribunale in data

Se SI, Cognome e Nome

Tel. e-mail

Decreto Giudice Tutelare (consegnato ai nostri uffici in data

CONDIZIONE ABITATIVA DELL'UTENTE

Piano Ascensore SI NO

Barriere architettoniche SI NO Servizi igienici SI NO

Abitazione proprietà uso gratuito affitto

Riscaldamento centralizzato autonomo mancante

Note di rilievo



.....

ALLA PRESENTE DOMANDA SI DEVE OBBLIGATORIAMENTE ALLEGARE:

- Fotocopia leggibile fronte retro di un documento in corso di validità
- Fotocopia leggibile fronte retro della tessera sanitaria
- Fotocopia dell'eventuale verbale di invalidità
- Certificazione sanitaria su modulo ASST allegato
- Fotocopia dell'eventuale Decreto di Nomina dell'Amministratore di Sostegno/Tutore/Curatore

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali inseriti nella domanda ai sensi del D. Lgs 196/03 e si impegna a comunicare l'eventuale rinuncia alla presente istanza nonché eventuali variazioni ai dati sopra indicati con particolare riferimento ai recapiti forniti.

Data

Firma di chi presenta la domanda

.....

N.B. Il presente modulo deve essere compilato in tutti i suoi campi

