

**DOMANDA DI ACCOGLIENZA**

- Richiesta:** preventiva immediata
- Degenza:** definitiva temporanea dal al
- Preferenza per:** camera singola camera doppia
- Proviene da:** casa propria casa per anziani Ospedale o clinica
- È in lista di attesa presso un'altra Casa per Anziani: SI NO
- In caso di degenza temporanea l'ospite ritorna a: casa propria altra Casa per Anziani

Dati anagrafici

Cognome e nome:

Cognome da nubile:.....

Cognome e nome del coniuge:.....

Domicilio completo: Via, nr:.....

(non fa stato la residenza) NAP e Luogo:.....

Telefono e indirizzo e-mail:.....

Stato civile:.....

Data di nascita:..... Luogo di nascita:.....

Nazionalità:..... Attinenza:.....

Paternità:..... Maternità:.....

Ex professione:..... Religione:.....

Lingua madre:..... Nr AVS:.....

Cassa Malati LAMal:..... Lingua parlata:.....

Nr assicurato/a LAMal:..... Sezione:.....

Cassa malati LCA:..... Medico curante:.....

Nr assicurato/a LCA:..... Sezione:.....

Allegare gentilmente copia del documento di identità e copia della tessera cassa malati.

Solo per stranieri: Tipo di permesso (allegare copia)

**Parenti**

Cognome e nome:.....

Grado di parentela:.....

Via, nr:.....

NAP e Luogo:.....

Telefono e indirizzo e-mail:.....

Cognome e nome:.....

Grado di parentela:.....

Via, nr:.....

NAP e Luogo:.....

Telefono e indirizzo e-mail:.....

Cognome e nome:.....

Grado di parentela:.....

Via, nr:.....

NAP e Luogo:.....

Telefono e indirizzo e-mail:.....

Servizi che richiedono l'installazione (opzionale a pagamento) Collegamento TV Collegamento telefonico**Dati finanziari**

Il richiedente percepisce:

 AVS AI LPP Prestazione Complementare Altra rendita Assegno Grandi Invalidi medio Assegno Grandi Invalidi elevato**Rappresentante legale**Apporre la crocetta: curatore amministrativo curatore terapeutico

Cognome e nome:

Ev. grado di parentela:

Data di nascita:.....

Via, nr:.....

NAP e Luogo:

Telefono e indirizzo e-mail:.....

Allegare gentilmente copia della delega o della procura o della decisione ARP di curatela.**Data e firma** di chi ha compilato il modulo:La presente domanda è da inviare via mail all'indirizzo di posta elettronica info@cinquefonti.ch oppure via posta ordinaria all'indirizzo dell'Istituto: via Vairano 25 – 6575 San Nazzaro