



**Casa San Giorgio**

Istituto per anziani

6614 Brissago

Via San Giorgio 4 - Casella postale 361

Tel. + 41 091 786 11 00 - fax 091 786 11 11

e-mail: [info@casasangiorgio.ch](mailto:info@casasangiorgio.ch)

internet: [www.casasangiorgio.ch](http://www.casasangiorgio.ch)

## DOMANDA DI AMMISSIONE

### 1. Dati anagrafici e amministrativi

Cognome: ..... Cognome da nubile: .....

Nome: ..... Stato civile: .....

Domicilio e indirizzo: .....

Luogo di nascita: ..... Data: (giorno, mese, anno): .....

Paternità: ..... Maternità: .....

Religione: ..... Praticante:  sì  no

Attinenza: .....

Nazionalità: .....

Numero AVS: .....

Nome e indirizzo cassa AVS: .....

Prestazione complementare (PC):  sì  no  richiesta in corso

Assegno grande invalido :  sì  no  richiesta inoltrata

se si da quando: ..... e di grado:  esiguo  medio  elevato

Cassa malati: ..... No. assicurato: .....

**Indirizzo del garante per l'invio e il pagamento della fattura per la retta mensile:**

.....

### 2. Allegare documentazione amministrativa per il calcolo della retta

- a) Se il richiedente è al beneficio della Prestazione complementare (PC),  
**deve fornire unicamente una copia della tabella di calcolo più recente o copia del versamento mensile dell'anno in corso.**
- b) Se invece non percepisce la PC, come previsto dalle Direttive cantonali per il calcolo della retta giornaliera **deve fornire tutta la seguente documentazione:**
- ◆ fotocopie di tutte le notifiche di tassazione a partire **dal 2003 fino al 2015** complete di tutti i calcoli cantonali e federali (vedi direttive DSS gennaio 2007)
  - ◆ estratto cassa malati **anno 2015** rilasciato per la dichiarazione d'imposta (totale premi pagati)
  - ◆ dichiarazione attestante eventuali donazioni di sostanza fatte **dopo il 01.09.1981** (formulario allegato)
  - ◆ procura (formulario allegato)
  - ◆ svincolo segreto medico (formulario allegato)

### **3. Altri dati generali**

#### **a) Provenienza prima del ricovero in casa anziani:**

scelga una delle seguenti opzioni:

- domicilio senza assistenza aiuto domiciliare
- domicilio con assistenza aiuto domiciliare
- residenza con aiuto domiciliare
- altra casa anziani
- ospedale
- clinica psichiatrica
- clinica di riabilitazione
- altro

#### **b) Viveva da solo ?    si            no**

#### **c) Ricoveri in Istituti socio-sanitari negli ultimi 5 anni:**

segnare tutti i luoghi in cui è stato:

- già residente in questo istituto
- residente in altra casa anziani
- in altri istituti (case albergo, case famiglia)
- clinica psichiatrica
- istituti per ritardati mentali
- nessuno dei precedenti
- non vuole fornire nessuna indicazione

#### **d) Lavoro (professione esercitata):.....**

#### **e) Lingua madre: .....**

### **4. Domanda presentata a quale proposito ?**

- a) a titolo preventivo / cautelativo
- b) per un soggiorno temporaneo
- c) per l'entrata da stabilire a breve termine
- d) per l'entrata immediata

## 5. Identità dei familiari o di un rappresentante

Cognome ..... Nome .....

Via ..... NAP e domicilio.....

Grado di parentela ..... Tel.....

**Il suddetto è anche garante per il pagamento della retta:            si             no**

Cognome ..... Nome .....

Via ..... NAP e domicilio.....

Grado di parentela ..... Tel.....

Cognome ..... Nome .....

Via ..... NAP e domicilio.....

Grado di parentela ..... Tel.....

### Osservazioni:

.....  
.....

### Il formulario è stato compilato da chi:

interessato             parente/conoscente             interessato e parente

Firma del richiedente: .....

Firma parente o rappresentante: .....

Luogo e data: .....