



Spett.le

**Direzione della  
"CASA COTTOLENGO"  
Via General Perotti n°23  
10095 Grugliasco  
Tel. 011/78.11.19**

Grugliasco, li .....

..... sottoscritt.....  
residente a ..... via ..... n° .....  
tel.....in qualità di (parente/tutore,conoscente ecc.).....

### CHIEDE

Il ricovero in regime residenziale a favore del/la Sig.ra.....  
nat..... a..... il.....  
stato civile ..... professione prima dell'invalidamento o pensionamento.....  
residente a ..... via ..... n° .....  
tel..... proveniente da .....  
per le seguenti motivazioni.....  
.....  
.....  
.....

Le malattie più significative sono:.....  
.....(allegare dichiarazione sulla diagnosi e terapia).

La persona è/non è in grado di deambulare autonomamente; soffre/non soffre di incontinenza  
singola e/o doppia. Inoltre ha/non ha una valutazione geriatrica che indica il punteggio ..... di  
intensità assistenziale.

Attualmente vive:  da sol....  in famiglia con .....  
 con la badante  nell'istituto .....

Figli e/o parenti: .....  
.....

La retta, che dovrà essere pagata entro i primi 10 giorni del mese in corso, verrà saldata:

dall'ospite  dai familiari  da .....

La persona che dovrebbe essere inserita, è informata della necessità di questo ricovero, e

accetta volentieri  accetta passivamente  viene inserita contro la sua volontà

Qualora dovesse essere imboccata, provvederà direttamente il richiedente, o a mezzo .....

Il richiedente è a conoscenza che per il servizio di lavaggio dei capi di vestiario, la Cooperativa provvede al lavaggio della sola biancheria intima e di quella in cotone di uso continuativo, e che è escluso il lavaggio di biancheria che va lavata a secco, di quella che va rammendata, e di quella che non può essere lavata a macchina senza subire danni (es. capi in lana). La biancheria data in consegna deve essere nuova o comunque in buone condizioni, e dovrà essere numerata secondo il numero indicato dalla Casa.

La Cooperativa non si assume alcuna responsabilità in caso di danneggiamento dei capi.

Nel caso di un'eventuale insorgenza di ulcere da decubito, si autorizza la Cooperativa a prestare tutte le cure ed applicazioni necessarie, provvedendo a rimborsare le spese non riconosciute dal Fondo Sanitario Regionale.

### **Il richiedente è inoltre a conoscenza che:**

- le piccole forniture per l'igiene personale (es. spugne, saponette, borotalco,...) sono a carico dell'ospite o dei familiari, come pure i pagamenti dei ticket sui medicinali e dei medicinali non esenti ed i trasporti e servizi di accompagnamento per esigenze personali;

- l'accompagnamento e la prenotazione a visite specifiche ed esami diagnostici richiesti dal medico curante e l'assistenza in Pronto Soccorso è a carico degli ospiti inseriti privatamente;

- i seguenti servizi sono a pagamento:

- Accompagnamento all'esterno della struttura
- Parrucchiere
- Podologo
- Spostamenti con ambulanza (fatto salvo il pronto intervento – 118)
- eventuali trasporti verso ospedali e centri diagnostici

- per il **2016** la retta giornaliera

- per persona con intensità assistenziale da media a media alta (punteggi 7-8-9 della Tabella 1 della DGR 45-04248 del 2012) è di € **88,00** iva inclusa,

- per persona con intensità assistenziale alta (punteggi 10-11 della Tabella 1 della DGR 45-04248 del 2012) è di € **95,80** iva inclusa

- per persona con intensità assistenziale alta incrementata (punteggio 12 della Tabella 1 della DGR 45-04248 del 2012) è di € **104,50** iva inclusa

- per le persone inserite dall'A.S.L. faranno fede le condizioni riportate in convenzione;

- la retta giornaliera potrà subire variazioni se varierà nel tempo il livello di intensità assistenziale;

- la retta potrà essere adeguata annualmente con riferimento agli indici ISTAT.

In fede

.....