

Casa Assistenza Anziani Malcesine Vr

ELENCO DOCUMENTI NECESSARI PER L'ACCOGLIMENTO:

1. Documento d'identità
2. Codice fiscale
3. Tessera sanitaria:
(bisogna cambiare il medico al distretto sanitario – è necessario richiede il nominativo del Medico assegnato all'Ufficio Amministrativo)
4. Tesserino sanitario (magnetico)
5. Tessera elettorale
6. Documentazione sanitaria (ricoveri precedenti..ect.)
7. Verbale di invalidità civile (se riconosciuto)
8. Numeri di telefono delle persone di riferimento (vedi allegato)
9. Nominativo per intestare la fattura di degenza. (vedi allegato)
10. Deposito cauzionale di € **1.500,00**.
11. Retta mensili da pagare in via anticipata entro il 5 di ogni mese
Importo € 52,57 x 30 giorni = **1.577,10** (a fine anno viene fatto il conguaglio)
Coordinate bancarie: codice IBAN: IT 84 X 05034 59550 000000003000.

**Casa Assistenza Anziani
Malcesine Vr**

Allegato:

Nominativo per intestare la fattura:

cognome e nome: _____
via _____ comune _____
codice fiscale: _____

1° Persona di riferimento:

cognome e nome: _____
via _____ comune _____
telefono n.: _____
cellulare n.: _____
parentela con l'ospite _____

2° Persona di riferimento:

cognome e nome: _____
via _____ comune _____
telefono n.: _____
cellulare n.: _____
parentela con l'ospite _____

3° Persona di riferimento:

cognome e nome: _____
via _____ comune _____
telefono n.: _____
cellulare n.: _____
parentela con l'ospite _____

4° Persona di riferimento:

cognome e nome: _____
via _____ comune _____
telefono n.: _____
cellulare n.: _____
parentela con l'ospite _____

5° Persona di riferimento:

cognome e nome: _____
via _____ comune _____
telefono n.: _____
cellulare n.: _____
parentela con l'ospite _____