

Formulario per la domanda d'ammissione

Richiesta d'ammissione

preventiva

immediata o a breve termine

Provenienza del richiedente

domicilio

ospedale / clinica / ONC

Dati anagrafici:

Cognome: _____

Nome: _____

Data di nascita: _____

Stato civile: _____

No. AVS: _____

Paternità/cognome nubile: _____

Nazionalità / attinenza: _____

Domicilio completo: _____

Numero di telefono: _____

Cassa malati: _____ Sezione di: _____

Ass. Resp. Civile si no Nome assic.: _____

Medico curante: _____

Religione: _____ Assistente spirituale: _____

Indirizzi parenti / rappresentante legale

Grado di parentela _____

Grado di parentela _____

Cognome, nome _____

Cognome, nome _____

Via: _____

Via: _____

NAP e domicilio _____

NAP e domicilio _____

Telefono _____

Telefono _____

Grado di parentela _____

Grado di parentela _____

Cognome, nome _____

Cognome, nome _____

Via: _____

Via: _____

NAP e domicilio _____

NAP e domicilio _____

Telefono _____

Telefono _____

Situazione finanziaria

(segnare tutto ciò che fa al caso)

- AVS / AI
- Assegno Grande Invalido (AGI)
- Pensione complementare
- Cassa pensione
- Prestazione Complementare (PC)
- Altre rendite (INSAI, ass. militare, ass. estere, ecc.)

Documenti da allegare per il calcolo della retta

- Tutte le notifiche di tassazione a partire dal 2003, cantonale e federale (decisione e calcolo imponibile)
- Certificato di assicurazione (cassa malati), **2018**
e resoconto dei premi pagati durante l'anno (certificato per tasse), **2018**
- In caso di donazione fotocopia rogito di donazione
- Ultimo cedolino AVS

Nel caso che la/il richiedente fosse coniugata/o, anche i documenti del coniuge.

Se la persona interessata è al beneficio della prestazione complementare, inviare:

- L'ultima tabella del calcolo annuale
- Ultimo cedolino AVS
- Certificato di assicurazione (cassa malati) 2020

Luogo e data:

.....

Firma del richiedente o del rappresentante legale:

.....