

## 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), **2020** e resoconto dei premi pagati durante l'anno (certificato per tasse), **2020**
- 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) 2022

Luogo e data:

.....

Firma del richiedente o del rappresentante legale:

.....