

## 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

\_\_\_\_\_

E-mail

\_\_\_\_\_

E-mail

\_\_\_\_\_

Grado di parentela

\_\_\_\_\_

Grado di parentela

\_\_\_\_\_

Cognome, nome

\_\_\_\_\_

Cognome, nome

\_\_\_\_\_

Via

\_\_\_\_\_

Via

\_\_\_\_\_

NAP e domicilio

\_\_\_\_\_

NAP e domicilio

\_\_\_\_\_

Telefono

\_\_\_\_\_

Telefono

\_\_\_\_\_

E-mail

\_\_\_\_\_

E-mail

\_\_\_\_\_

### 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), **2023** e resoconto dei premi pagati durante l'anno (certificato per tasse), **2023**
- 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) 2025

Luogo e data:

Firma del richiedente o del rappresentante legale:

.....

.....