POLICENTRO
ANZIANI
LOSONE

DOMANDA DI AMMISSIONE

1 INFORMAZIONI SULLA RICHIESTA

Data della richiesta*	_ _ . _ _ . _ _ _ _
Tipo di soggiorno*	☐ Appartamento protetto ☐ Casa anziani medicalizzata
Tipo di richiesta*	☐ Urgente ☐ Poco urgente ☐ Preventiva
Data di ammissione desiderata*	

2 DATI PERSONALI DEL FUTURO RESIDENTE

Cognome*	
Nome(i)*	
Data di nascita*	_ _ . _ _ . _ _ _ _
Luogo di nascita	
Attinenza	
Sesso*	☐ Maschio ☐ Femmina ☐ Altro
Numero AVS*	756 . _ _ _ _ . _ _ _ _ . _ _
Generalità dei genitori	
Telefono abitazione	
Telefono cellulare	
E-Mail	

3 INDIRIZZO DI RESIDENZA

Nazione*	☐ Svizzera ☐ Italia ☐ _____		
Provincia/Cantone*	☐ Ticino ☐ _____		
Città/Comune*		CAP/NAP*	
Via /Piazza*			
Cittadinanza*	☐ Svizzera ☐ Italiana ☐ _____		
Permesso di soggiorno* (solo se non Svizzero/a)	☐ G ☐ B ☐ L ☐ C ☐ N ☐ S ☐ F		

Casa Patrizia • Casa ai Noci
Via Cesura 11 • 6616 Losone • +41 91 640 88 00 • info@pa-losone.ch • pa-losone.ch

4 DOMICILIO

Nazione*	☐ Svizzera ☐ Italia ☐ _____		
Provincia/Cantone*	☐ Ticino ☐ _____		
Città/Comune*		CAP/NAP*	
Via /Piazza*			

5 ALTRE INFORMAZIONI GENERALI

Lingua madre	☐ Italiano ☐ Francese ☐ Tedesco ☐ Inglese ☐ Altro: _____
Altre lingue parlate	☐ Italiano ☐ Francese ☐ Tedesco ☐ Inglese ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____
Stato civile	☐ Celibe/nubile ☐ Sposato/a ☐ Divorziato/a ☐ Unione reg. ☐ Vedovo/a
Nome e Cognome del coniuge	
Titolo di studio	
Ultima professione	
Religione	
Assistenza spirituale	
Telefono ass. spirituale	

6 SITUAZIONE FINANZIARIA

Assegno Grandi Invalidi	☐ No	☐ AGI lieve	☐ AGI medio	☐ AGI elevato
Rendita AVS	☐ No	☐ Sì	CHF _____	Mensili
Rendita AI	☐ No	☐ Sì	CHF _____	Mensili
Altre rendite	☐ No	☐ Sì	CHF _____	Mensili
Supplemento PC	☐ No	☐ Sì	CHF _____	Mensili

7 PERSONE DI CONTATTO

INFORMAZIONI CONTATTO 1

Relazione*	☐ Coniuge ☐ Curatore	☐ Figlio/a ☐ Altro: _____	☐ Fratello/Sorella
Cognome*			
Nome*			
Provincia/Cantone*	☐ Ticino	☐ _____	
Città/Comune*		CAP/NAP*	
Via /Piazza*			
E-Mail privata*			
Telefono privato*			
Telefono lavoro*			
Telefono cellulare*			

INFORMAZIONI CONTATTO 2

Relazione	☐ Coniuge ☐ Curatore	☐ Figlio/a ☐ Altro: _____	☐ Fratello/Sorella
Cognome			
Nome			
Provincia/Cantone	☐ Ticino	☐ _____	
Città/Comune		CAP/NAP	
Via /Piazza			
E-Mail privata			
Telefono privato			
Telefono lavoro			
Telefono cellulare			

INFORMAZIONI CONTATTO 3

Relazione	☐ Coniuge ☐ Curatore	☐ Figlio/a ☐ Altro: _____	☐ Fratello/Sorella

Cognome			
Nome			
Provincia/Cantone	☐ Ticino ☐ _____		
Città/Comune		CAP/NAP	
Via /Piazza			
E-Mail privata			
Telefono privato			
Telefono lavoro			
Telefono cellulare			

8 CONTATTI PER LA FATTURAZIONE

Cassa malati (nome e sede)	
Numero assicurato	
Persona di riferimento per la fatturazione	☐ Residente ☐ Contatto 1 ☐ Contatto 2 ☐ Contatto 3

9 ALTRE INFORMAZIONI

Rappresentante terapeutico	☐ Residente ☐ Contatto 1 ☐ Contatto 2 ☐ Contatto 3
Medico di famiglia	
	Il suo medico di famiglia è disponibile a seguirla anche in casa per anziani? (verificare la disponibilità con il medico curante) ☐ SI ☐ NO[1] [1] In caso contrario la preghiamo di prendere contatto con la sig.ra Lara Fornera per accordarsi sul medico che la seguirà in struttura
Persona che ha compilato la domanda di ammissione*	☐ Residente ☐ Contatto 1 ☐ Contatto 2 ☐ Contatto 3

* È obbligatorio compilare i campi con l'asterisco

Luogo e data: _____ Firma: _____

Inviare il documento compilato a:

Policentro Anziani Losone
All'att. Lara Fornera
Via Cesura 11
6616 Losone