

**SOLICITUD DE INGRESO EN LA RESIDENCIA DE MAYORES
"FUNDACIÓN BENÉFICA CASA AMPARO DE LA INMACULADA
CONCEPCIÓN" DE ALAGÓN**

DATOS DEL INTERESADO
<input type="radio"/> VALIDO <input type="radio"/> ASISTIDO
NOMBRE Y APELLIDOS:..... FECHA DE NACIMIENTO:.....LUGAR NACIMIENTO:..... EDAD:..... ESTADO CIVIL:..... DNI:..... RESIDENCIA ACTUAL: LOCALIDAD:..... C/:.....Nº:..... ¿Puede valerse por sí mismo en sus necesidades físicas?..... ¿Padece alguna enfermedad?.....¿De carácter contagioso?..... ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad infecto-contagiosa?.....

SITUACIÓN ECONÓMICA
¿Percibe algún tipo de pensión? IMPORTE MENSUAL.....€ ¿Tiene algún otro ingreso o renta?..... IMPORTE MENSUAL.....€

FAMILIARES CON LOS QUE PUEDE ESTABLECER CONTACTO LA RESIDENCIA
D/Dª..... Domicilio C/.....nº..... Localidad.....Provincia.....C.P. Parentesco con el/la solicitante..... Teléfono.....
D/Dª..... Domicilio C/.....nº..... Localidad.....Provincia.....C.P. Parentesco con el/la solicitante..... Teléfono.....

Al formular esta solicitud, acepto de antemano las normas de régimen interior que tenga establecidas la Residencia.

Los que suscribimos, D/D^a....., familiares responsables de, que desea ingresar en esta Residencia de personas mayores y que con esta fecha se ha formulado la solicitud de ingreso, asumimos formalmente la aceptación de las normas establecidas por la Institución y, en su caso, las particulares que por las circunstancias especiales personales del Residente convengan o sea necesario adoptar.

Nos comprometemos a hacernos cargo del Residente, en el caso de que sobreviniera al mismo, alguna enfermedad que por su naturaleza hiciera aconsejable o necesario el traslado a algún centro hospitalario, o por el carácter irreversible o crónico de la enfermedad, precisara atenciones de tipo excepcional que el Centro no pudiera prestarle.

La misma responsabilidad asumimos en el caso de que, por mal comportamiento, incurriera en falta grave merecedora de expulsión.

Así mismo nos comprometemos a hacernos cargo del residente, en el caso de que durante el período de adaptación (2 meses), se observe que por su grado de dependencia necesita de cuidados que el Centro no pueda mantener.

Hemos sido informados de que la Residencia no se hace responsable de los objetos de valor que pueda tener el/la Residente.

En el supuesto de que el/la Residente no contara con medios económicos suficientes para satisfacer la cuota de estancia que tenga fijada la Residencia, nos comprometemos a complementar el pago a nuestras expensas.

Alagón.....de.....de 20

Fdo: D/D^a
DNI:

Fdo: D/D^a
DNI:

DOCUMENTOS A APORTAR PARA EL INGRESO

- ✓ 2 Fotografías carnet
- ✓ Cartilla asistencia sanitaria
- ✓ Fotocopia D.N.I.
- ✓ Fotocopia justificante pensión
- ✓ Revisión- informe médico-psiquiatra del solicitante
- ✓ Fotocopia declaración de renta
- ✓ Fotocopia último recibo seguro de defunción