

Spett.le **A.S.P. OPERA PIA "A. GATTI"**
Via A. Gatti, 5
62010 MONTECOSARO (MC)
Tel. 0733 229204 - Fax 0733 560026

Alla c.a. del Responsabile della Struttura

OGGETTO: Richiesta di inserimento presso la struttura residenziale.

Il/la sottoscritto/a
Nato/a a il
Residente a
Via..... n.
tel.
Stato civile.....
Titolo di studio.....
Codice sanitario.....

CHIEDE

Di essere inserito presso la:

- Casa di Riposo
- Residenza Protetta

La retta è

- a totale carico del richiedente
- con integrazione da parte di uno o più familiari (allega dichiarazione di impegno di spesa da parte dell'interessato)
- con integrazione a carico Comune di Residenza (allega Delibera del comune interessato)

DICHIARA

- Di aver preso visione **della relativa Carta dei Servizi** della struttura aggiornata (responsabilità, tipologia di assistenza assicurata durante il giorno e durante la notte, assistenza medica, deposito cauzionale, contabilizzazione della retta sulla base della presenza dell'ospite in caso di assenza per motivi vari, rivalutazione annuale della retta secondo l'inflazione, assistenza al di fuori della struttura, corredo base e biancheria piana, procedure antincendio, ...);
- Di accettare i contenuti delle disposizioni e direttive previste dal Responsabile della struttura;
- Di impegnarsi a corrispondere alla struttura la retta con anticipo, entro i primi dieci giorni di ogni mese;
- Di aver preso atto delle conseguenze penali e civili dovute al mancato pagamento della retta e al mancato rispetto di quanto previsto dagli obblighi assistenziali ai sensi dell'art. 433 C.C.);

INDICA

I nominativi dei referenti a cui rivolgersi in caso di bisogno sanitario ed assistenziale sia all'interno che all'esterno della struttura

Nome e Cognome	Indirizzo	Telefono/e.mail	Parentela

Firmano gli interessati per accettazione

.....
.....

_____, li _____
(luogo e data)

Il Richiedente

Qualora la presente domanda sia presentata da un familiare dell'interessato o da un suo delegato, vengono di seguito riportate le generalità

Cognome e nome
Nato/a a **il**
Residente a
Via **n.**
tel.

Il Sottoscritto _____ in qualità di parente/Amministratore di Sostegno, dichiara che si farà carico delle rette di ricovero presso la Casa di Riposo per il /la Sig./ra _____ qualora l'interessato/a o i parenti dovuti legalmente agli alimenti non fossero in grado di provvedervi.
Quanto sopra verrà stabilito con regolare delibera e inviata a codesta Amministrazione.

L'interessato

Documentazione allegata alla domanda di inserimento:

- Modulo compilato a cura del medico di famiglia
- Autorizzazione al trattamento dei propri dati personali ai sensi del D.Lgs. 30.06.2003 n. 196
- Copia del verbale di invalidità civile qualora presente
- Copia del documento di riconoscimento dell'interessato e del/dei familiare referente
- Copia del codice fiscale e del tesserino sanitario dell'ospite

Ai sensi del D.L. n. 196 del 30.06.2003 (di seguito T.U.) ed in relazione ai dati personali di cui l'Ufficio entrerà in possesso, si informa di quanto segue:

1. Il trattamento dei dati personali è finalizzato esclusivamente alla corretta e completa esecuzione delle attività del L'Ente, alla erogazione del servizio da lei richiesto ed ai fini contabili e statistici.
2. Il trattamento dei dati personali può consistere nelle operazioni indicate all'art.4 c. 1 lett. a) del T.U. (raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, selezione, estrazione raffronto, utilizzo interconnessione, blocco, comunicazione cancellazione e distruzione dei dati). Le operazioni possono essere svolte con supporto cartaceo e attraverso l'organizzazione di archivi automatizzati.
3. Il conferimento dei dati personali e sensibili è strettamente necessario ai fini dello svolgimento delle attività proprie dell' Ufficio, ed è condizione per il servizio richiesto ai sensi della Carta dei Servizi della Casa.
4. La mancata comunicazione dei dati richiesti, impedisce l'erogazione del servizio richiesto.
5. I dati personali e sensibili possono venire a conoscenza degli incaricati del trattamento e possono essere comunicati a collaboratori e/o altri soggetti rispetto ai quali la comunicazione è necessaria per il corretto adempimento dei compiti dell'ufficio (es. ASUR, Comune). Nel caso di servizi, di erogazione contributi di varia natura, i dati personali sono comunicati agli Istituti di credito per il pagamento in appalto o comunque tramite terzi, i dati personali e sensibili sono altresì comunicati alla Ditta in rapporto di Convenzione e/o collaborazione con questo Ente per lo svolgimento del servizio stesso.
6. I dati richiesti non sono soggetti a diffusione.
7. L'art. 7 del T.U. conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quello di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione; l'interessato ha diritto di Avere conoscenza dell'origine dei propri dati, delle finalità e delle modalità del trattamento, della logica applicata al trattamento, degli estremi identificativi del titolare e dei soggetti ai quali i dati possono essere comunicati. L'interessato ha inoltre diritto di ottenere l'aggiornamento la rettificazione e l'integrazione dei dati, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione della legge; l'interessato ha diritto di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati che lo riguardano.
8. Si autorizza la fotografia e/o la ripresa dell'ospite e del/i sottoscritto/i familiare/i, effettuate ai soli fini istituzionali, durante lo svolgimento delle attività e/o delle manifestazioni organizzate dall'A.S.P. Opera Pia Antonio Gatti.
9. Si acconsente al trattamento e alla pubblicazione, per i soli fini istituzionali, di video, fotografie e/o immagini atte a rivelare l'identità dell'ospite e del/i familiare/i sottoscritto/i, sui siti web dell'A.S.P. Opera Pia Antonio Gatti, nei monitor e nelle bacheche affisse nei locali della medesima.
10. Il titolare del trattamento dei dati personali e l'A.S.P. Opera Pia Antonio Gatti.

Si sottoscrive la presente in segno di accettazione di quanto in essa espresso, si acconsente specificatamente ed espressamente al trattamento dei dati personali, nonché alla loro comunicazione.

Firma

ASSISTENZA EXTRA MURALE

Il/la sottoscritto/a....., in qualità di,
si impegna ad assistere il proprio congiunto per accompagnarlo a visite ambulatoriali e non, esami clinici, degenza ospedaliera, acquisto medicinali e di eventuali motivi personali.

Nell'impossibilità autorizza la Direzione ad organizzare quanto sopra , sempre a spese dell'interessato.

Recapito telefonico

Tale impegno è da ritenersi valido a tutti gli effetti di Legge.

_____, li _____

(luogo e data)

FIRMA PER ACCETTAZIONE

.....

SCHEDA descrittiva dell'AUTOSUFFICIENZA

(da compilarsi a cura del Medico di famiglia)

OSPITE

Cognome _____ Nome _____

Sesso M F

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ Via _____

Invalità Civile _____

MOBILITA'

Cammina autonomamente SI NO

scende e sale le scale autonomamente SI NO

Cammina con l'aiuto di terzi SI NO

Cammina con l'aiuto del deambulatore SI NO

Cammina con l'aiuto di bastone (tripode o canadesi) SI NO

Si sposta con la carrozzina SI NO

Entra ed esce dal letto, come pure si siede
e si alza dalla sedia solo con assistenza SI NO

Totalmente dipendente (allettato, letto-poltrona) SI NO

GRADO DI AUTONOMIA

Si veste da solo SI NO supervisione

Si lava da solo SI NO supervisione

E' in grado di fare il bagno da solo SI NO supervisione

Mangia da solo SI NO supervisione

Utilizza da solo i servizi igienici SI NO supervisione

STATO COGNITIVO (memoria, orientamento, attenzione) e del COMPORTAMENTO

Adeguate all'età SI NO

Demenza iniziale (16-30 MMSE) SI NO

Demenza grave (0-16 MMSE) SI NO

Gravi disturbi del comportamento SI NO

Disturbi del ritmo sonno veglia SI NO

ASPETTI SENSORIALI E DI COMUNICAZIONE

Capacità visiva (anche con occhiali; far leggere al paziente il titolo di un giornale)

Lettura rapida senza errori

Lettura lenta senza errori

Non riesce a leggere

Precisare se è affetto da cecità SI NO

Capacità uditiva

Sente a voce normale

Sente a voce alta

Non sente affatto

Capacità di comunicare e comprendere (verbale o no)

buona

media (presenta difficoltà)

non è in grado

CONTINENZA SFINTERI

Incontinenza vescicale SI NO

Incontinenza doppia SI NO

E' portatore di catetere vescicale SI NO

PORTATORE DI STOMIE SI NO

Specificare (PEG, sondino, drenaggi, urostomie, tracheotomie, colonstomie ..)

.....

ASSISTENZA SANITARIA

Assume autonomamente i farmaci SI NO DA TERZI

Necessità di diete particolari SI NO

Se si, specificare.....

Terapia iniettiva SI NO

Se si, specificare

DIAGNOSI E PROBLEMI SANITARI ATTIVI

.....

.....

.....

.....

.....

LISTA DEI PROBLEMI PER PRIORITÀ

.....
.....
.....
.....

INTOLLERANZE ED ALLERGIE

.....
.....
.....
.....

TERAPIE

.....
.....
.....
.....
.....

CONDIZIONI GENERALI buone mediocri gravi

AUTOSUFFICIENTE

NON AUTOSUFFICIENTE

FIRMA MEDICO CURANTE

Autorizza il trattamento dei propri dati personali ai sensi del Dlgs.30.06.2003 n.196 e sottoscrive l'allegata informativa

_____, li _____
(luogo e data)

Firma
