

OSPEDALE DI CARITA' ED OSPIZIO INVALIDI DI PAESANA	DOMANDA DI AMMISSIONE	MOD INS 01
		REV 02

OSPEDALE CARITÀ E OSPIZIO INVALIDI

Via Margaria 6 – 12034 Paesana

Tel. 0175 – 94254 Fax 0175 – 945079

DOMANDA DI AMMISSIONE IN STRUTTURA

Data:

Protocollo:

Il/La sottoscritto/a

Nato/a a il

Residente a Via

Telefono.....

.....

CHIEDE DI ESSERE OSPITATO/A presso questa “Casa di Riposo”

permanentemente

per il periodo dalal

(contrassegnare l'ipotesi che interessa)

REPARTO

CAMERA SINGOLA CON SERVIZIO IGIENICO PROPRIO

CAMERA SINGOLA CON SERVIZIO IGIENICO COMUNE

CAMERA A 2 LETTI CON SERVIZIO IGIENICO PROPRIO

CAMERA A 3 LETTI CON SERVIZIO IGIENICO PROPRIO

CAMERA MANSARDATA A LETTI

Dichiara di uniformarsi alle disposizioni vigenti nell'Istituto (Regolamento Interno) per tutto quanto riguarda la vita di comunità sotto ogni aspetto.

Dichiara di essere stato informato che **in caso di peggioramento delle proprie condizioni psico-fisiche, l'Amministrazione potrà decidere per il trasferimento in un nucleo appropriato. Per esigenze di servizio interne l'Amministrazione potrà disporre il cambiamento di camera.**

Nel rispetto dell'orario, l'uscita fuori dall'Istituto è libera, previo avviso al personale addetto all'assistenza ed è quindi sotto la totale e completa responsabilità dell'interessato.

OSPEDALE DI CARITA' ED OSPIZIO INVALIDI DI PAESANA	<i>DOMANDA DI AMMISSIONE</i>	MOD INS 01
		REV 02

Il/La sottoscritto/a si obbliga ed impegna a corrispondere la retta a mesi anticipati entro il 10 del mese, nella misura stabilita dall'Amministrazione e nelle sue eventuali future variazioni. Si ricorda inoltre che all'ingresso in struttura verrà consegnato all'interessato o ai famigliari un regolamento che dovrà essere rispettato.

ANNOTAZIONI:

- disciplina delle entrate e uscite durante il mese.
- E' prevista la prenotazione del posto letto dal momento della comunicazione della disponibilità del medesimo sino all'inserimento effettivo versando la cifra di € 20.00 al giorno. Tale somma non sarà restituita qualora si rinunci all'ingresso. La retta è dovuta dal giorno dell'inserimento in struttura. La retta dovrà essere versata presso lo sportello di tesoreria o tramite bonifico bancario, entro i primi dieci giorni del mese.
- L'Ospite può assentarsi dalla Casa di Riposo per il numero di giorni che ritiene opportuno dopo averne dato preavviso alla Direzione, provvedendo comunque al pagamento della retta. In caso di decesso e qualora si fosse già provveduto al versamento l'Ente procede alla restituzione della retta nella misura corrispondente ai giorni non usufruiti. Nel caso di uscita volontaria l'ospite è tenuto a presentare le proprie dimissioni con 15 giorni di anticipo.
- Il Consiglio di Amministrazione dell'Ente fissa la retta di soggiorno con apposita delibera e si riserva il diritto di aumentare la quota mensile a carico dell'Ospite, sulla base dell'aumento dei costi di esercizio. La retta potrà altresì essere modificata nel caso di cambiamenti delle condizioni psico-fisiche dell'Ospite che implicino un tipo di assistenza diverso da quello inizialmente convenuto, ovvero qualora si rendessero necessarie, anche temporaneamente, speciali cure od un'assistenza maggiormente personalizzata sulla base di esigenze di natura individuale o per necessità terapeutiche, previa tempestiva comunicazione all'Ospite o ai familiari.

La retta base **include**:

- le spese di vitto, alloggio, riscaldamento e servizi generali;

La retta **esclude**:

- onorari e compensi a titolo personale per prestazioni non fornite direttamente dalla struttura (visite specialistiche, visite mediche ed infermieristiche effettuate da professionisti non convenzionati, ovvero per interventi in situazioni non coperte dalla guardia medica)

- le spese per farmaci (recarsi 1 volta al mese presso la Farmacia del paese);

- i servizi aggiuntivi che saranno determinati in base ad un'apposita tabella compilata dal medico curante;

- i trasporti in ambulanza;

- il lavaggio della biancheria per la quale l'ospite potrà appoggiarsi ad una lavanderia esterna che provveda al ritiro e alla consegna della biancheria 2 volte a settimana od altrimenti i

OSPEDALE DI CARITA' ED OSPIZIO INVALIDI DI PAESANA	DOMANDA DI AMMISSIONE	MOD INS 01
		REV 02

parenti possono provvedere direttamente al ritiro e al lavaggio della biancheria sempre 2 volte a settimana (Reparti RA e RSA non in convenzione);

- spese telefoniche, ticket, protesi, presidi sanitari non mutuabili, parrucchiere, barbiere, pedicure, ecc., utenze ed abbonamenti individuali, gite, ecc., così come previsto dal regolamento interno di gestione.

Si ricorda inoltre che il ritiro degli ausili è a carico dei parenti.

Preso atto dell'informativa fornita, anche in relazione alla fornitura di dati ed informazioni necessarie ad una valutazione preventiva ai fini dell'ammissione presso la struttura dell'Ospedale di Carità ed Ospizio Invalidi di Paesana.

In allegato si trasmettono i seguenti documenti:

- certificazione del medico curante attestante lo stato di salute e l'assenza di cause che possano essere di impedimento alla vita in collettività;
- certificato di residenza;
- obbligazione al versamento della retta firmata da familiari o da altre persone di riferimento.

Ai sensi dell'articolo 23 del D. Lgs. n. 196/03 (Codice in materia di protezione dei dati personali), il sottoscritto acconsente

- al trattamento dei dati personali, sia comuni sia sensibili, che mi riguardano, funzionale alla conclusione di nuovi rapporti od alla gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere e di altre prestazioni attinenti all'esercizio dell'attività di assistenza fornita dall'Ospedale di Carità ed Ospizio Invalidi di Paesana;
- alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate al punto 5, della predetta informativa, che li possono sottoporre a trattamenti aventi le finalità indicate sempre nella medesima informativa.

FIRMA

OSPEDALE DI CARITA' ED OSPIZIO INVALIDI DI PAESANA	<i>DOMANDA DI AMMISSIONE</i>	MOD INS 01
		REV 02

GARANZIE

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome – rapporto di parentela)

..... nato/a.....

.il..... residente ain via

si impegna (si impegnano) a garantire il pagamento della retta in favore di

.....

nella misura stabilita dall'Amministrazione e si impegna altresì a provvedere all'assistenza personale, nel caso di bisogno, provvedendo di persona o a mezzo di incaricati.

IL GARANTE

.....

Altri recapiti:

.....