



PARTE SECONDA: ACCESSO E DESCRIZIONE DEI SERVIZI

Capitolo 1 – Accesso e dimissione

1.1 Domanda e criteri di ammissione degli ospiti

DOMANDA DI AMMISSIONE IN CASA DI RIPOSO “TOTI”

Il / la sottoscritto

Chiede

di essere ammesso/a nella Casa di Riposo di codesto Istituto Romano di San Michele, preferibilmente in camera (singola / doppia)

si impegna

a corrispondere la retta mensile entro il giorno 5 di ciascun mese essendo informato/a e consapevole dell'attuale ammontare della retta (come riportate nella scheda allegato A);

a corrispondere i successivi adeguamenti (maggiorazioni o diminuzioni) delle rette deliberati dall'Amministrazione e/o disposti dal competente Municipio, che dovessero intervenire durante tutto il periodo di permanenza in Istituto anche a seguito delle mutate condizioni da autosufficienza a parziale autosufficienza dell'ospite;

a costituire un deposito cauzionale infruttifero, versando presso la Tesoreria dell'Istituto, al momento dell'ammissione presso la Casa di Riposo, un ammontare pari a n. 2 (due) mensilità;

a lasciare o a far lasciare all'ospite la Casa di Riposo in caso di morosità nel pagamento della retta per oltre due mesi o in caso di inadempienza delle obbligazioni assunte;

a lasciare o far lasciare all'ospite la Casa di Riposo in caso di ricovero ospedaliero superiore a 2 (due) mesi;



al pagamento della retta mensile, ovvero accreditare la propria pensione presso la Tesoreria dell'Istituto Romano di San Michele.

Ai fini della presente domanda il sottoscritto

Dichiara

- a) *di essere nat.... il a (prov.), con cittadinanza*
- b) *di essere residente in (prov.) Via/Piazza n.*
- c) *di essere domiciliato in (prov.) Via/Piazza n. codice fiscale telefono altro recapito telefonico*
- d) *che la sua famiglia risulta composta come dal seguente prospetto:*

Cognome e Nome	Luogo e Data di nascita	Rapporto con il Dichiarante	Stato civile

- e) *di essere a conoscenza che l'ammissione è subordinata ad un periodo di prova di mesi 2, trascorsi i quali, se l'ospite non risulterà idoneo ne conseguirà che:*
- *il firmatario della dichiarazione di assunzione di responsabilità sarà tenuto a riprendere l'ospite e ricondurlo presso il suo domicilio,*
 - *per gli ospiti i quali non hanno un referente firmatario della dichiarazione di responsabilità l'Istituto provvederà alle dimissioni dell'ospite;*
- f) *di essere a conoscenza che, in caso di ritardato pagamento della retta, l'Istituto potrà applicare un interesse di mora pari al tasso legale;*
- g) *di essere a conoscenza che nella eventualità in cui l'ospite venga dimesso e dovesse ritardare l'uscita dall'Istituto sarà dovuta una penale giornaliera pari al doppio della retta;*
- h) *di essere a conoscenza che il posto letto presso la Casa di Riposo viene conservato in caso di ricovero ospedaliero per 2 (due) mesi, trascorso tale periodo si darà luogo alle dimissioni d'ufficio senza altro preavviso;*
- i) *di autorizzare l'accredito della pensione presso la Tesoreria dell'Istituto e delegare lo stesso Istituto per il prelievo diretto della retta.*



Si allega alla presente dichiarazione i seguenti documenti in fotocopia:

1. Documento di riconoscimento;
2. Certificato di pensione (mod. INPS "ObisM" e CUD o equipollente documento rilasciato da altro Ente),
3. Libretto sanitario/tessera sanitaria;
4. Codice fiscale;
5. Questionario sanitario (a cura del medico di base) allegato A alla domanda di ammissione;
6. Certificato attestante l'esenzione da malattie infettive (a cura del medico di base) allegato alla domanda di ammissione;
7. Dichiarazione di assunzione di responsabilità da parte di un familiare o referente e relativa certificazione reddituale – allegato B;
8. Test cutaneo alla tubercolina (se positivo, anche RX torace);
9. T P H A;
10. H B s A G;
11. H C V;
12. Esami del sangue recenti o pregressi;
13. Elettrocardiogramma con visita cardiologia recente.

Il sottoscritto è consapevole che

- tutta la documentazione sanitaria esibita dovrà essere visionata in sede di visita dal Medico Geriatra della Casa di Riposo;
- sulla base della propria valutazione multidimensionale il Medico Geriatra della Casa di Riposo esprimerà un giudizio sanitario vincolante sull'idoneità all'ingresso dell'anziano in Casa di Riposo.

L'Istituto si riserva altresì la facoltà di richiedere ulteriore documentazione economico-patrimoniale dei familiari tenuti per legge al suo mantenimento ex art. 433 C.C. sgg.

Informativa ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. n.196/2003

Tutti i dati personali raccolti dall'Istituto Romano di San Michele sono trattati conservati ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n.196 del 30 giugno 2003 ed esclusivamente per fini gestionali e amministrativi. Tali dati potranno comprendere anche alcuni dati sensibili, qualora ciò risulti strettamente necessario ai fini dell'espletamento di attività ordinarie o straordinarie dell'Istituto o per collaborazioni di diversa natura. L'Istituto Romano di San Michele conserverà i Suoi dati e li tratterà esclusivamente per gli scopi sopra citati. Il trattamento dei Suoi dati personali sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la Sua riservatezza e i Suoi diritti.

Con la sottoscrizione della presente Lei dichiara di aver letto e compreso quanto precede e presta il Suo consenso alle comunicazioni e ai trattamenti relativi ai dati personali (inclusi eventuali dati sensibili) che La riguardano, secondo quanto indicato sopra.

Roma, Firma



QUESTIONARIO MEDICO (a cura del Medico curante) - Allegato A

Cognome e nome.....

nat... in (Prov.) il.....

residente in..... (Prov.....) Via.....

Tel. Stato civile Libretto S.S.N.

Vive da solo

Istituzionalizzato negli ultimi 5 anni..... (se SI, dove:))

Condizioni generali

Anamnesi patologica remota

Anamnesi patologica prossima

Stato mentale e di coscienza.....

Apparato cardiovascolare.....

Pressione arteriosa (Min.....Max.....) - Altezza: m. - Peso: kg.

Apparato respiratorio

Addome e organi ipocondriaci

Condizioni motorie.....



Condizioni viscerali (vescica e intesti no: continenti o meno)

Mantiene stazione eretta.....

Cammina con o senza appoggio...

Decubiti

Presenta disturbi:

- tonomuscolari.....
- articolari.....
- linguaggio
- vista.....
- trofico-articolari...
- stato cognitivo.....
- memoria

Disturbi del comportamento (con fusione, aggressione, irritabilità, agitazione)

Disturbi psichiatrici (ansia, depressione, allucinazioni)

Interventi chirurgici subiti



ANNOTAZIONI (eventuali certificazioni sanitarie o cartelle cliniche, esami specialistici, ecc.)

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

Farmaci di mantenimento
.....
.....
.....
.....

Il sottoscritto Medico di famiglia dichiara di aver visitato il/la paziente.

Roma, li

(Timbro e firma del Medico)



DICHIARAZIONE DI ASSUNZIONE DI RESPONSABILITA'

..... sottoscritt... ..
 Nat..... in (Prov.....) il
 Residente in (Prov.....) Via/Piazza
 documento di riconoscimento
 telefono professione C.F.
 in qualità di del Sig/Sig.ra

SI IMPEGNA:

- a garantire, a prima richiesta e senza eccezioni, fino ad un massimo di Euro 40.000,00, per tutto il periodo di permanenza dell'ospite in Casa di Riposo, il puntuale pagamento della retta dovuta dall'ospite sopra indicato ed a corrispondere i successivi adeguamenti (maggiorazioni o diminuzioni) delle rette deliberati dall'Istituto e/o disposti dal competente Municipio, che dovessero intervenire durante tutto il periodo di permanenza in Istituto anche a seguito delle mutate condizioni di autosufficienza dell'ospite;
- a garantire, a prima richiesta e senza eccezioni, il sostenimento degli eventuali oneri a carico dell'ospite;
- a garantire il versamento presso la Tesoreria dell'Istituto di una somma pari a due mensilità quale deposito cauzionale infruttifero;
- a ricondurre l'ospite nel proprio domicilio nei seguenti casi di dimissione:
 1. mancato superamento della prova di ospitalità per i primi due mesi;
 2. infrazione alle norme che regolano la vita comunitaria della Casa di Riposo;
 3. sopraggiunte infermità fisiche c/o psichiche tali da non rendere possibile l'ulteriore permanenza dell'anziano nella struttura;
 4. morosità, per pagamento della retta, per oltre due mesi o comunque in caso di inadempimento delle obbligazioni assunte;
- a corrispondere una penale giornaliera pari al doppio della retta nella eventualità in cui l'ospite dovesse ritardare l'uscita dall'Istituto a seguito di dimissione.

Informativa ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. n.96/2003

Tutti i dati personali raccolti dall'Istituto Romano di San Michele sono trattati conservati ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n.196 del 30 giugno 2003 ed esclusivamente per fini gestionali e amministrativi. Tali dati potranno comprendere anche alcuni dati sensibili, qualora ciò risulti strettamente necessario ai fini dell'espletamento di attività ordinarie o straordinarie dell'Istituto o per collaborazioni di diversa natura. L'Istituto Romano di San Michele conserverà i Suoi dati e li tratterà esclusivamente per gli scopi sopra citati. Il trattamento dei Suoi dati personali sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la Sua riservatezza e i Suoi diritti.

Con la sottoscrizione della presente Lei dichiara di aver letto e compreso quanto precede e presta il Suo consenso alle comunicazioni e ai trattamenti relativi ai dati personali (inclusi eventuali dati sensibili) che La riguardano, secondo quanto indicato sopra.

Roma, Firma