



Istituto Romano di San Michele

**Domanda di ammissione in Casa di Riposo**



Istituto Romano di San Michele

*Domanda di ammissione in Casa di Riposo Toti*

*Il / la sottoscritto .....*

*Chiede*

*di essere ammesso/a nel la 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, di 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 - presente all'interno del comprensorio istituzionale di Piazzale Antonio Tosti n. 4;*

*Ai fini della presente domanda il sottoscritto*



### *Dichiara*

- a) *di essere nat ..... il ..... in .....(.....)*  
.....
- b) *di essere residente in ..... Via .....n.....*
- c) *di essere domiciliato..... Via.....n.....tel.....*  
*cod.fisc .....altri recapiti telef.....*
- d) *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.*
- e) *per gli ospiti i quali non hanno un referente firmatario della dichiarazione di responsabilità , si provvederà da parte dell'Istituto alle dimissioni dell'ospite;*
- f) *di essere a conoscenza che, in caso di ritardato pagamento della retta, l'Istituto applicherà 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 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 "O bis M" e CU D 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



Istituto Romano di San Michele

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,
- che 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. 196/2003

Tutti i dati personali raccolti da Il 'Istituto Romano di San Michele sono trattati e conservati ai sensi e per gli effetti del Decreto Legislativo 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 ..... (Pr ov.....) il.....

.....

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

.....

Tel..... Stato civile..... Libretto

S.S.N.....

Vive da solo .....

.....

Istituzionalizzato negli ultimi 5 anni..... (se SI, do ve:.....

.....)



Condizioni generali .....

Anamnesi patologica remota.....

Anamnesi patologica prossima.....

Stato mentale e di coscienza.....

Apparato cardiovascolare.....

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

Apparato respiratio .....

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 .....



Istituto Romano di San Michele

- 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 speciali etc. ).....

.....

.....

Farmaci di mantenimento .....

.....

.....

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

Roma, li .....

( Timbro e firma del Medico ) .....



## DICHIARAZIONE DI ASSUNZIONE DI RESPONSABILITA'

.....sottoscritt.....  
nata.....in .....(Prov.....)il.....  
e residente in..... (Pr ov.....) Via.....  
documento di riconoscimento.....  
telefono..... professione.....C.F.....  
in qualità di .....del Sig/Sig.ra .....

### SI IMPEGNA :

- a garantire per tutto il periodo di permanenza del l'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 'Amministrazione e 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 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 e/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 all'Istituto, in caso di ritardo nell'adempimento dell'obbligazione, una penale giornaliera pari al doppio della retta.

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

Tutti i dati personali raccolti dall'Istituto Romano di San Michele sono trattati e con servati ai sensi e per gli effetti del Decreto Legislativo del 30 giugno 2003 ed esclusivamente per fini gestionali e amministrativi. Tali dati potranno comprendere anche alc uni da ti 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 prece de 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, lì .....

Firma .....