

AZIENDA di SERVIZI alla PERSONA
“Vittorio EMANUELE II”
FABRIANO

All'ASP “Vittorio Emanuele II”
STRUTTURA POLIFUNZIONALE
RESIDENZA PROTETTA
CENTRO DIURNO ALZHEIMER
CASA DI RIPOSO
Via S. Caterina n.13
60044 FABRIANO (AN)

OGGETTO: Richiesta ammissione nella **Casa di Riposo di Via Saffi 1.**

Il/la sottoscritto/a _____,
nato/a _____ il _____,

C.F. _____ residente a _____

Via _____ n. _____ tel. _____

Da compilare in caso di tutela legale:

Il/ la sottoscritto/a _____ nato/a ___ a _____
il _____ residente a _____ Via _____
n. _____ Tel. _____

in qualità di tutore legale del Sig. _____
nat_a _____ il _____ residente a _____
Via _____

rivolge domanda di ammissione nella:

◆ Casa di Riposo di Via Saffi, Fabriano (per anziani autosufficienti)

con retta :

- a totale carico
 con integrazione

D I C H I A R A

- di aver preso visione del Regolamento e della Carta dei Servizi adottata da questa A.S.P.;
- di accettare integralmente e senza condizioni le norme in essi contenute.

S I I M P E G N A

- ◆ a corrispondere in toto e puntualmente l'importo della retta o una parte della stessa in caso di integrazione da parte dei parenti obbligati per legge (art.433 del CC) o degli organismi preposti.
- ◆ a riconsegnare la documentazione in allegato debitamente compilata.

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA DA ALLEGARE ALLA DOMANDA DI RICOVERO

- . **carta di identità di chi sottoscrive la domanda**
- . **Documento di riconoscimento**
- . **Codice Fiscale**
- . **Verbale di riconoscimento dell'invalidità civile (se posseduto)**
- . **Scheda di accertamento delle condizioni psico-fisiche compilata dal medico di famiglia (mod.A)**

I N D I C A

I nominativi dei propri referenti a cui rivolgersi in caso di necessità:

COGNOME NOME	Indirizzo	tel.	Grado parentela

Autorizza il trattamento dei propri dati personali ai sensi del D.lgs.30.06.2003 n.196, e art. 13 GDPR (Regolamento UE 679/2016) e sottoscrive l'allegata informativa.

Fabriano, lì _____

Firma

ASSISTENZA EXTRA MURALE

Il/la sottoscritt....., 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.

Recapito telefonico

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

Fabriano.....

FIRMA PER ACCETTAZIONE

Retta in vigore dal

Retta mensile in Camera doppia	Euro 1080,00
Retta mensile in camera singola	Euro 1350,00

Se l'interessato non riesce autonomamente a pagare l'intero importo della retta, può presentare richiesta di integrazione economica all'Assessorato ai Servizi al Sociali del Comune di Fabriano.

MODELLO A

(da compilarsi a cura del medico di famiglia)

SCHEDA DI ACCERTAMENTO DELLE CONDIZIONI PSICO-FISICHE

OSPITE

COGNOME _____ NOME _____

Sesso M/F Nato/a _____ il _____

Residente _____ Via _____

CONDIZIONI GENERALI ATTUALI

Buone Mediocri Gravi

Collabora	SI	NO
Necessita di assistenza generica	SI	NO
Necessita di assistenza infer/riabilitativa	SI	NO

GRADO DI AUTONOMIA

Si veste da solo	SI	NO	SI con aiuto
Si lava	SI	NO	SI con aiuto
E' in grado di fare il bagno da solo	SI	NO	SI con aiuto
Utilizza da solo i servizi igienici	SI	NO	
Mangia da solo	SI	NO	SI con aiuto
Scrive	SI	NO	
Legge	SI	NO	

MOBILITA'

Può salire o scendere le scale	SI	NO
Cammina da solo	SI	NO
Cammina con aiuto	SI	NO
Cammina con protesi	SI	NO
S i sposta con carrozzella	SI	NO

STATO PSICHICO

Psiche integra	SI	NO
Con fasi di confusione	SI	NO
Con fasi di disorientamento	SI	NO
Con fasi di agitazione psico motoria	SI	NO
Presenta difficoltà relazionali	SI	NO
Può determinare problemi di servizio	SI	NO

STATO SENSORIO

Cecità	SI	NO	Ipoacusia	SI	NO
Sordità	SI	NO	Ipoacusia	SI	NO
Mutismo	SI	NO	Disartria	SI	NO
Disfasia	SI	NO	Afasia	SI	NO

CONTINENZA SFINTERI

Incontinenza vescicale	SI	NO
Incontinenza sfinterica	SI	NO
E' portatore di catetere vescicale	SI	NO

Portatore di stomie	SI	NO
----------------------------	----	----

ASSISTENZA SANITARIA

E' in grado di assumere autonomamente le terapie	SI	NO
Necessita di assistenza infermieristica temporanea	SI	NO
Necessita di assistenza infermieristica continuativa	SI	NO
Necessita di diete speciali	SI	NO
Terapia insulinica	SI	NO

ALTRE CONDIZIONI DA EVIDENZIARE

ATTUALI CONDIZIONI PSICO FISICHE

AUT – AUTOSUFFICIENTE	<input type="checkbox"/>
NAP – PARZIALMENTE NON AUTOSUF.	<input type="checkbox"/>
NAT_ TOTALMENTE NON AUTOSUFFICIENTE	<input type="checkbox"/>

Fabiano _____

Firma del Medico Curante