

**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.

## SI IMPEGNA

◆ a corrispondere in toto e puntualmente (entro il giorno 5 del mese di competenza) 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 da corrispondere entro il giorno 5 del mese di competenza, in vigore dal**

<b>Retta mensile in Camera doppia</b>	<b>Euro 1080,00</b>
<b>Retta mensile in camera singola</b>	<b>Euro 1350,00</b>

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

## MODELLO A

(da compilarsi a cura del medico di famiglia)

### SCHEMA 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	Ipovisus	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

<b>Portatore di stomie</b>	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"/>

Fabriano\_\_\_\_\_

Firma del Medico Curante