	Sistema di Gestione Integrato 9001:08 OHSAS 18001:2007	M 7.5.28 A
	Ammissione Ospite	Rev3 del 10.12.2018

1 _____ sottoscritt _____

2 **CHIEDE**

3 di essere ammesso nella Casa di Riposo "**Suore Minime di Nostra Signora del Suffragio**", gestita dalla
4 SIAR Società Cooperativa Sociale, in camera singola

5 **Impegnandosi:**

6 1) a corrispondere la retta mensile, ad oggi fissata in € _____

7 1.1 o giornaliera ad oggi fissata in euro _____

8 2) a corrispondere alla SIAR Soc. Coop, Sociale a r.l., al momento dell'ammissione in Casa di Riposo, n°1
9 (una) mensilità, equivalente a _____ euro, a titolo di deposito cauzionale infruttifero il quale
10 verrà restituito entro 45 giorni dal giorno delle dimissioni previo controllo della situazione contabile in
11 essere.

12 **Al fine della presente domanda**

13 **DICHIARA**

14 a) di essere nat_ a _____ (Prov. ____) il ____/____/____

15 b) di essere residente in _____ (prov. ____) Via _____

16 n. ____ telefono _____ cod. fisc. _____

17 c) di essere autosufficiente, anche se invalido, o parzialmente autosufficiente e pertanto di non
18 necessitare di assistenza individuale.

19 d) che la sua famiglia convivente risulta composta come dal seguente prospetto:


N.	COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	RAPPORTO CON IL DICHIARANTE	STATO CIVILE

20 e) di essere a conoscenza che l'ammissione è subordinata ad un periodo di prova di due mesi,
21 trascorsi i quali, se l'ospite non risulterà idoneo ne conseguirà che:

- 22 1. il firmatario della dichiarazione di assunzione di responsabilità sarà tenuto a riprendere l'ospite e
23 ricondurlo presso il suo domicilio;
- 24 2. per gli ospiti i quali non hanno un referente firmatario della dichiarazione di responsabilità, si
25 provvederà, da parte della Casa di Riposo, alle dimissioni dell'ospite;

26

27

	Sistema di Gestione Integrato 9001:08 OHSAS 18001:2007	M 7.5.28 A
	Ammissione Ospite	Rev3 del 10.12.2018

28

29 f) di essere altresì a conoscenza che l'Ospite verrà dimesso qualora durante la permanenza nella
30 Casa di Riposo perda lo stato di autosufficienza, a meno che si tratti di casi che possono essere
31 adeguatamente seguiti con gli interventi assistenziali forniti dalla Casa di Riposo. In ogni caso per
32 malattia infettiva in atto potrà essere disposta una dimissione temporanea.

33 g) che, per quanto attiene il pagamento della retta giornaliera essa dovrà essere corrisposta per il
34 numero di giorni mancanti alla chiusura del mese, anticipatamente all'atto d'ingresso in struttura.
35 Per quanto riguarda la retta mensile questa dovrà essere corrisposta alla SIAR Soc. Coop. Sociale a
36 r.l. entro il giorno dieci di ogni mese. L'importo da versare pari alla quota fissa di € _____
37 più la quota variabile determinata dai costi aggiuntivi (tv, canone telefono e relativo consumo e
38 riscaldamento). La retta può essere corrisposta a mezzo di assegno bancario o circolare o
39 accreditata sul nostro conto corrente acceso presso la BANCA POPOLARE DI SPOLETO S.O.A. –
40 FILIALE VIA EMILIA (RM) – CNI: I – ABI: 05704 - CAB: 03200 – C/C: 000000005658 – IBAN
41 IT161057040320000000005658, intestato a SIAR Società Cooperativa Sociale.

42 h) di impegnarsi a lasciare la Casa di Riposo, in caso di morosità nel pagamento della retta per oltre
43 due mesi o in caso di inadempienza delle obbligazioni assunte;
44 Nella eventualità in cui l'ospite dovesse ritardare l'uscita dalla Casa di Riposo sarà dovuta alla SIAR
45 Soc. Coop. Sociale a r.l. una penale giornaliera pari al doppio della retta;

46 i) di prendere atto della facoltà da parte della Amministrazione di comunicare con 60 giorni di
47 preavviso eventuale modifiche della retta;

48 j) di aver preso visione del regolamento interno e della Carta dei Servizi;

49 k) di aver preso visione della struttura e degli ambienti che la compongono e di averla trovata di
50 proprio gradimento.

51 Roma, _____ (Firma) _____

52 **ALLEGA ALLA PRESENTE DICHIARAZIONE I SEGUENTI DOCUMENTI IN FOTOCOPIA:**

53 ☐ **Documento di riconoscimento;**


54 ☐ **Libretto sanitario;**

55 ☐ **Dichiarazione di assunzione di responsabilità da parte di un familiare o referente;**

56 ☐ **Codice fiscale;**

57 ☐ **Questionario sanitario (a cura del Medico di base).**

58

	Sistema di Gestione Integrato 9001:08 OHSAS 18001:2007	M 7.5.28 A
	Ammissione Ospite	Rev3 del 10.12.2018

DICHIARAZIONE DI ASSUNZIONE DI RESPONSABILITA'


____ sottoscritt ____ nat ____ a ____ (Prov. ____)
 il ____/____/____ e residente in ____ (Prov. ____)
 Via ____ n. ____ documento di riconoscimento ____
 Telefono ____
 professione ____ che ha con l'ospite signor ____
 il seguente grado di parentela ____

Si impegna:

- 1) a garantire il pagamento della retta, dovuta dall'ospite sopra generalizzato, da corrispondere alla Casa di Riposo "**Suore Minime di Nostra Signora del Suffragio**" gestita dalla SIAR Società Cooperativa Sociale a r.l., tenendo conto anche degli aumenti che dovessero essere, nel frattempo, deliberati e che verranno notificati di volta in volta dall'Amministrazione;
- 2) a garantire il versamento di una mensilità quale deposito cauzionale infruttifero, attualmente corrispondente a ____ euro per la camera singola;
- 3) a ricondurre l'ospite nel proprio domicilio nei seguenti casi di dimissione:
 - θ mancato superamento della prova di ospitalità per i primi due mesi;
 - θ infrazione alle norme che regolano la vita comunitaria della Casa di Riposo disciplinate dal Regolamento Interno – Carta dei Servizi;
 - θ sopraggiunte infermità fisiche e/o psichiche tali da non rendere possibile l'ulteriore permanenza nella struttura;
 - θ morosità, per pagamento della retta, per oltre due mesi o comunque in caso di inadempimento delle obbligazioni assunte;
- 4) a corrispondere alla SIAR Società Cooperativa Sociale a r.l., in caso di ritardo nell'adempimento dell'obbligazione di cui allo art.3 sopra riportato, una penale giornaliera pari al doppio della retta.

Roma, ____/____/____

(Firma) _____

	Sistema di Gestione Integrato 9001:08 OHSAS 18001:2007	M 7.5.28 A
	Ammissione Ospite	Rev3 del 10.12.2018

QUESTIONARIO (a cura del Medico curante)

Cognome e Nome _____

Nat_____ a _____ (Prov. _____) il _____ / _____ / _____

Residente in _____ (Prov. _____) Via _____

Tel. _____ Stato civile _____ Libretto S. S.N _____ Vive da
solo ☐ sì - ☐ no Istituzionalizzato negli ultimi 5 anni ☐ sì - ☐ no (se Sì, 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 intestino: continenti o meno) _____


Mantiene stazione eretta _____

Cammina con o senza appoggio _____

Decubiti _____

Presenta disturbi:

- Tonomuscolari _____

	Sistema di Gestione Integrato 9001:08 OHSAS 18001:2007	M 7.5.28 A
	Ammissione Ospite	Rev3 del 10.12.2018

- articolari _____
- linguaggio _____
- vista _____
- trofico-articolari _____
- stato cognitivo _____
- memoria _____

Disturbi del comportamento (confusione, 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 signor in data ____/____/____

Firma _____

	Sistema di Gestione Integrato 9001:08 OHSAS 18001:2007	M 7.5.28 A
	Ammissione Ospite	Rev3 del 10.12.2018

CERTIFICAZIONE MEDICA

- 1) Certificato attestante l'esenzione da malattie infettive;
- 2) Test cutaneo alla tubercolina (se positivo, anche RX torace) oppure TB Test;
- 3) HbsAG;
- 4) HCV ;