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

1 \_\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_

2 **CHIEDE**

3 di essere ammesso nella Casa di Riposo "**Villa Claret**", gestita dalla SIAR Società Cooperativa Sociale, in  
4 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, 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
	<b>Ammissione Ospite</b>	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 UNICREDIT S.P.A. – FILIALE  
 40 OPERATIVA ROMA 1 – CNI: U – ABI: 02008 - CAB: 05364 – C/C: 000030023264 – IBAN  
 41 IT78U0200805364000030023264, 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
	<b>Ammissione Ospite</b>	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 "**Villa Claret**" gestita dalla SIAR Società Cooperativa Sociale, 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
	<b>Ammissione Ospite</b>	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
	<b>Ammissione Ospite</b>	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 ;