

	Sistema di Gestione Integrati	M 7.5.28 A
	Modulo	Rev2 del 15.06.12
	<b>Ammissione Ospite</b>	Pagina 1 di 6

\_\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso nella Casa di Riposo TAURINI, gestita dalla SIAR Società Cooperativa Sociale a r. l. , in camera singola

**Impegnandosi:**

1) a corrispondere la retta mensile, ad oggi fissata in € \_\_\_\_\_ più le seguenti voci di spesa:

a. Riscaldamento € 100,00 da corrispondere per 6 mesi (da Novembre ad Aprile)

1.1) o giornaliera ad oggi fissata in euro \_\_\_\_\_

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

**Al fine della presente domanda**

**DICHIARA**

a) di essere nat\_ a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_ ) il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

b) di essere residente in \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_ ) Via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ cod. fisc. \_\_\_\_\_

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

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

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

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

f) di essere altresì a conoscenza che l'Ospite verrà dimesso qualora durante la permanenza nella Casa di Riposo perda lo stato di autosufficienza, a meno che si tratti di casi che possono essere

	Sistema di Gestione Integrati	M 7.5.28 A
	Modulo	Rev2 del 15.06.12
	<b>Ammissione Ospite</b>	Pagina 1 di 6

adeguatamente seguiti con gli interventi assistenziali forniti dalla Casa di Riposo. In ogni caso per malattia infettiva in atto potrà essere disposta una dimissione temporanea.

- g) che, per quanto attiene il pagamento della retta mensile, si impegna a corrispondere alla SIAR Soc. Coop. Sociale a r.l. entro il giorno dieci di ogni mese, la somma di € \_\_\_\_\_ pari alla retta mensile concordata per il tipo di soggiorno prescelto. In caso di retta giornaliera la stessa dovrà essere saldata, per il primo mese, entro il 10° giorno successivo a quello di ingresso. La retta può essere corrisposta a mezzo di assegno bancario o circolare o accreditata sul nostro conto corrente acceso presso l'UNICREDIT BANCA D'IMPRESA S.P.A. – DIP. ROMA PARIOLI - CIN: A - ABI: 03226 - CAB: 03202 - C/C: 000030023264 - IBAN IT48 A 03226 03202 000030023264, intestata a SIAR Società Cooperativa Sociale a r.l..
- h) di impegnarsi a lasciare la Casa di Riposo, in caso di morosità nel pagamento della retta per oltre due mesi o in caso di inadempienza delle obbligazioni assunte;  
Nella eventualità in cui l'ospite dovesse ritardare l'uscita dalla Casa di Riposo sarà dovuta alla SIAR Soc. Coop. Sociale a r.l. una penale giornaliera pari al doppio della retta;
- i) di prendere atto della facoltà da parte della Amministrazione di comunicare con 60 giorni di preavviso eventuale modifiche della retta;
- j) di aver preso visione del regolamento interno;
- k) di aver preso visione della struttura e degli ambienti che la compongono e di averla trovata di proprio gradimento.

Roma, \_\_\_\_\_

(Firma) \_\_\_\_\_

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

- Documento di riconoscimento;
- Libretto sanitario;
- Dichiarazione di assunzione di responsabilità da parte di un familiare o referente;
- Codice fiscale;
- Questionario sanitario (a cura del Medico di base).

	Sistema di Gestione Integrati	M 7.5.28 A
	Modulo	Rev2 del 15.06.12
	<b>Ammissione Ospite</b>	Pagina 1 di 6

**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 TAURINI gestita dalla SIAR Società Cooperativa Sociale a r.l., fino alla concorrenza di 15.000 (quindicimila/00) euro, 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;
  - 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.
  - θ Si allega fotocopia dichiarazione dei redditi dell'ultimo anno \_\_\_\_\_

Roma, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

(Firma) \_\_\_\_\_

	Sistema di Gestione Integrati	M 7.5.28 A
	Modulo	Rev2 del 15.06.12
	Ammissione Ospite	Pagina 1 di 6

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  si -  no Istituzionalizzato negli ultimi 5 anni  si -  no (se SI, 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 Integrati	M 7.5.28 A
	Modulo	Rev2 del 15.06.12
	<b>Ammissione Ospite</b>	Pagina 1 di 6

- 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 \_\_\_\_\_

 SIAR	Sistema di Gestione Integrati	M 7.5.28 A
	Modulo	Rev2 del 15.06.12
	<b>Ammissione Ospite</b>	Pagina 1 di 6

### CERTIFICAZIONE MEDICA

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