

Parte Riservata all'Ufficio Accettazione

Cigognola, li ___/___/_____ - Prot. n° ___/___ della LISTA DI ATTESA anno 20___
(annullato il ___/___/___)

Tipologia della Domanda:

- URGENTE** necessità di inserimento immediato
 A BREVE/ LUNGO TERMINE necessità di inserimento non immediata
DOMANDA CON REQUISITI PER NUCLEO ALZHEIMER: SI NO

DOMANDA DI AMMISSIONE in RSA

Il/La sottoscritto/a

(cognome) (nome)
 Nato/a il ___/___/_____ a prov....., residente
 a prov. cap..... in Piazza/Via
n....., C.F: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Stato civile: libero coniugato con..... vedovo/a di.....
n° figli:M ; F; che attualmente vive: solo, con
 Titolo di Studio Professione precedente
 Professione attuale Situazione pensionistica:

- percepisce l'Assegno di accompagnamento: no, si, no, ma già presentato domanda
- % Invalidità (allegare copia verbale): <=50, 51-74, 75-100
- usufruisce/ ha usufruito del servizio voucher si, no

Alla data di presentazione della DOMANDA DI AMMISSIONE il sottoscritto si trova:

- A casa ed ha attivato un servizio di assistenza: no, si
- Presso Ospedale/Centro Riabilitativo di.....
- Presso RSA del comune di
- Presso struttura sanitaria non accreditata
- Presso altro regime o tipologia: (specificare):

Motivazione relativa all'inoltro della domanda:

- perdita dell'autonomia fisica/psichica
- famiglia non in grado di provvedere ai bisogni
- alloggio non idoneo
- altro

Il/La sottoscritto/a SEGNALE come PARENTE DI RIFERIMENTO per pagamenti, informazioni e comunicazioni anche sullo stato di salute

NomeCognome.....
 Grado di parentela:.....

Il/La sottoscritto/a TRASMETTE LA SEGUENTE DOMANDA DI AMMISSIONE

- Per ricovero ordinario a tempo indeterminato
- Per un periodo dal al.....
- Per un ricovero ordinario a tempo indeterminato in camera singola

II/La sottoscritto/a **PRESTA IL CONSENSO** al trattamento dei dati personali e sanitari, risultanti dalla compilazione della presente "Domanda di Ammissione", dell'allegato "Questionario Medico" e per le attività connesse alla vita di Struttura, come indicato nell'informativa privacy IO.SER.03 allegata. È altresì a conoscenza che deve fornire il consenso all'ATS e a Regione Lombardia per l'eventuale utilizzo dei miei dati e del mio Fascicolo Sanitario Elettronico.

Il mancato consenso rende impossibile l'accoglimento presso la RSA.

FORNISCE IL CONSENSO **NON FORNISCE IL CONSENSO**

II/La sottoscritto/a **GARANTISCE** la veridicità dei dati forniti, **AUTORIZZA** la raccolta, la trasmissione e l'archiviazione dei dati personali e sanitari all'interno della rete dei servizi socio-assistenziali/sanitari (Regione Lombardia, ATS di Pavia, Comuni, RSA) nel rispetto del diritto alla riservatezza, **COMUNICA** tempestivamente e formalmente agli uffici Amministrativi ogni variazione dei recapiti telefonici di seguito indicati. In difetto gli Uffici Amministrativi e la Direzione Sanitaria saranno sollevati da ogni responsabilità per il caso di impossibilità a contattare il parente di riferimento.

Firma leggibile del richiedente

.....
se il richiedente è inabile alla firma:

- **Primo Teste:** relazione di parentela.....
.....firma.....
(cognome) (nome)

- **Secondo Teste:** relazione di parentela.....
.....firma.....
(cognome) (nome)

1) Il Parente di riferimento Sig.r/ra.....

Nato/a il ___/___/___ aCF: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Grado di parentela con l'Ospite :Residente a

capprov..... in Via n.

n. tel.casa..... cell..... altri n. tel.

si impegna alla ricezione e al conseguente pagamento delle Fatture che desidera:

- ricevere al domicilio,
- ritirare presso ufficio accettazione della RSA

e dichiara di conoscere ed accettare in tutte le sue parti il vigente "Regolamento di Accoglimento e Assistenza" della RSA "Residenza La Tua Casa", oltre a garantire la veridicità dei dati trasmessi attraverso la presente "Domanda di Ammissione" e di conoscere l'informativa privacy IO.SER.03 ricevuta in allegato e di prestare il consenso al trattamento dei propri dati personali. Il mancato consenso rende impossibile l'accoglimento presso la RSA del proprio congiunto

FORNISCE IL CONSENSO **NON FORNISCE IL CONSENSO**

....., li Firma

ALTRI PARENTI DELL'OSPITE per informazioni e comunicazioni anche sullo stato di salute:

2) NomeCognome.....

Grado di parentela con l'Ospite :Residente a.....

capprov..... in Via n.

n. tel.casa..... cell..... altri n. tel.

Dichiara di conoscere l'informativa privacy IO.SER.03 ricevuta in allegato e di prestare il consenso al trattamento dei propri dati personali. Il mancato consenso rende impossibile l'accoglimento presso la RSA del proprio congiunto

FORNISCE IL CONSENSO **NON FORNISCE IL CONSENSO**

....., li Firma

3) Nome.....Cognome.....

Grado di parentela con l'Ospite :Residente a.....

capprov..... in Via n.

n. tel.casa..... cell..... altri n. tel.

Dichiara di conoscere l'informativa privacy IO.SER.03 ricevuta in allegato e di prestare il consenso al trattamento dei propri dati personali. Il mancato consenso rende impossibile l'accoglimento presso la RSA del proprio congiunto

FORNISCE IL CONSENSO **NON FORNISCE IL CONSENSO**

....., li Firma

Riservato all'Ufficio Accettazione

Domanda ricevuta in data.....Completa: **si** **no, perché**.....

In data si riceve..... a completamento della presente D. A.

INFORMAZIONI RELATIVE ALLA NOSTRA RESIDENZA AVUTE TRAMITE:

Eventuali note da segnalare:.....

in possesso di carrozzina, deambulatore, altro

.....Data.....Firma Uff. Accettazione.....

Riservato alla Direzione Sanitaria

In data,il Medico della RSA, ha preso visione dei dati contenuti nella presente Domanda di Ammissione e dell'allegato Questionario Medico che risulta completo - **si**, **no** – in tutte le sue parti e, dai dati ricevuti, informa della "presunta classe SOSIA", **alzheimer** **si**

Determinazione della Retta : Retta Ordinaria Retta Maggiorata

Nucleo di degenza consigliato: Nucleo Alzheimer altri nuclei

Il Dott.Firma

