DOMANDA DI INSERIMENTO IN COMUNITÀ-ALLOGGIO PER PERSONE ANZIANE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____ NATO/A A _____ PROV. ____ IL _____ RESIDENTE A _____ IN VIA _____ N. ___ C.F _____ TEL. _____ E-MAIL _____ IN QUALITÀ DI

☐ **DIRETTO/A INTERESSATO/A**

☐ **FAMILIARE O ALTRO** (specificare: es. figlio/a, nipote, nuora, AdS) _____

CHIEDE

☐ L'INSERIMENTO IN STRUTTURA **A TEMPO DETERMINATO** DAL _____AL_____ (minimo 60 giorni)

☐ L'INSERIMENTO IN STRUTTURA **A TEMPO INDETERMINATO**

(da **compilare** la tabella che segue se il soggetto richiedente NON è il diretto interessato sopracitato*)

IN FAVORE DEL/DELLA SIG./SIG.RA _____ NATO/A A _____ PROV. ____ IL _____ RESIDENTE A _____ IN VIA/CORSO/PIAZZA _____ N. _____ C.F _____ TEL. _____

CHE ATTUALMENTE SI TROVA

☐ A DOMICILIO (specificare indirizzo) _____

☐ IN OSPEDALE (specificare) _____

☐ PRESSO FAMILIARI/CONOSCENTI _____

☐ IN ALTRA STRUTTURA/SERVIZIO (specificare)

_____

A. **DICHIARA** DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE L'INSERIMENTO IN COMUNITÀ-ALLOGGIO È STRETTAMENTE CONNESSO ALL'IDONEITÀ CERTIFICATA DAL MEDICO DI FIDUCIA CHE ATTESTI L'AUTOSUFFICIENZA PARZIALE/TOTALE IN RIFERIMENTO ALLA VITA COMUNITARIA, ALTRESÌ ALLA SUCCESSIVA VALUTAZIONE DA PARTE DEL RESPONSABILE DI STRUTTURA CIRCA LA COMPATIBILITÀ DELL'OSPITE CON I SERVIZI OFFERTI
B. **DICHIARA** DI AVER PRESO VISIONE DELLA CARTA DEI SERVIZI E DEL REGOLAMENTO INTERNO RELATIVI AL SERVIZIO
C. **DICHIARA** DI ESSERE A CONOSCENZA E DI CONFORMARSI ALLE NORME CHE REGOLANO L'INSERIMENTO NELLA COMUNITÀ-ALLOGGIO PER PERSONE ANZIANE
D. **DICHIARA** DI CONFORMARSI A TUTTE LE ATTUALI DISPOSIZIONI, CONSUETUDINI E REGOLAMENTI INTERNI VIGENTI ED EVENTUALI SUCCESSIVI
E. **AUTORIZZA** A RICEVERE OGNI COMUNICAZIONE A MEZZO DEI CONTATTI SOPRAINDICATI
F. **AUTORIZZA** AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI - AI SENSI DEL D.LGS. 196/2003

NEL CASO IN CUI L'INTERESSATO/A NON POSSA PRESTARE IL PROPRIO CONSENSO PER IMPOSSIBILITÀ FISICA O ALTRA, IL CONSENSO È MANIFESTATO DA CHI ESERCITA LEGALMENTE LA POTESTÀ, OVVERO DAL CONGIUNTO O FAMILIARE O CONVIVENTE O, IN LORO ASSENZA, DAL RESPONSABILE DI STRUTTURA PRESSO CUI DIMORA L'OSPITE – AI SENSI DELL'ART. 24 DEL D.LGS. 196/2003.

OGNI COMUNICAZIONE IN MERITO ALLA PRESENTE DOVRÀ ESSERE INDIRIZZATA AI SEGUENTI RECAPITI:

COGNOME E NOME	**rapporto (ES. FIGLIO, ADS, MEDICO)**	**Tel.**	**Indirizzo e-mail**

NORME DI ACCETTAZIONE

- LA COMUNITÀ-ALLOGGIO PER PERSONE ANZIANE DELL'AZIENDA POLLINO HOSPITAL S.R.L. CON SEDE IN CASTROVILLARI IN VIA CORSO GARIBALDI, 37 OFFRE UN SERVIZIO RESIDENZIALE PER L'EROGAZIONE DI **PRESTAZIONI SOCIOASSISTENZIALI IN FAVORE DI PERSONE ANZIANE AUTOSUFFICIENTI E PARZIALMENTE NON-AUTOSUFFICIENTI CON LIEVI PROBLEMATICHE FISICHE E RIDOTTA MEDICALIZZAZIONE.**
- L'OSPITE PUÒ FARE INGRESSO IN STRUTTURA IN CASO DI **DISPONIBILITÀ DEL POSTO-LETTO**.
- NEI **CASI PARTICOLARI DI NECESSITÀ E URGENZA**, LA DIREZIONE SI RISERVA LA FACOLTÀ DI ACCOGLIERE ISTANZE PARTICOLARI DI BISOGNO INDIPENDENTEMENTE DALLA GRADUATORIA TEMPORALE DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI AMMISSIONE.
- L'INGRESSO IN STRUTTURA AVVIENE ATTRAVERSO LA DIREZIONE CHE VERIFICA LA DOMANDA DI AMMISSIONE E I RELATIVI ALLEGATI.
- AL MOMENTO DELLA DISPONIBILITÀ DEL POSTO-LETTO, LA DIREZIONE PROVVEDE AD AVVISARE PRONTAMENTE PER LA DEFINIZIONE DELLA DATA D'INGRESSO, DELLA CAMERA E DEI NECESSARI ADEMPIMENTI.
- AL MOMENTO DELL'INGRESSO IN STRUTTURA I CAREGIVER, LADDOVE PRESENTI, SONO TENUTI ALL'ACCOMPAGNAMENTO DELL'OSPITE AL FINE DI SVOLGERE UN PRIMO COLLOQUIO CON L'ASSISTENTE SOCIALE SPECIALISTA E I REFERENTI DI SERVIZIO. ALTRESÌ OCCORRE CONSEGNARE LA DOCUMENTAZIONE, I MATERIALI DI CONSUMO, FARMACI DI USO CORRENTE E INDUMENTI PREVIAMENTE RICHIESTI DALL'UFFICIO AMMINISTRATIVO; IN AGGIUNTA OGNI ALTRA NECESSITÀ PER L'OSPITE. I MEDESIMI RICEVONO COPIA DELLA *CARTA DEI SERVIZI* E DEL *REGOLAMENTO INTERNO* CHE HANNO VALORE VINCOLANTE.
- AL MOMENTO DELL'INGRESSO E DURANTE LA PERMANENZA IN STRUTTURA, I CAREGIVER SONO TENUTI A FORNIRE EVENTUALI FARMACI, PRESIDI (ES. ASSORBENTI, ACUSTICI) E AUSILI (ES. DEAMBULATORE), ALTRESÌ INDUMENTI E MATERIALE DI CONSUMO DI USO PERSONALE (ES. DOPOBARBA, PORTAPILLOLE, PROFUMO) (ALLEGATO G).
- DURANTE LA PERMANENZA IN STRUTTURA, I CAREGIVER SONO TENUTI AL DISBRIGO DI PRATICHE/COMMISSIONI (ES. RITIRO DI RICETTE MEDICHE/REFERTI PERSONALMENTE E CONSEGNA IN STRUTTURA, PRENOTAZIONE VISITE MEDICHE AL CUP, DOMANDA PER RINNOVO PRESCRIZIONE PRESIDI ALL'UFFICIO PROTESICA DEL DISTRETTO OSPEDALIERO, CAMBIO RESIDENZA, VIDIMAZIONE DOCUMENTI PRESSO FARMACIA TERRITORIALE, PRATICHE PRESSO UFFICI E SERVIZI PUBBLICI/PRIVATI, ECC.), ECCETTO PER CASI PARTICOLARI IN ACCORDO CON LA DIREZIONE.
- DURANTE LA PERMANENZA IN STRUTTURA, I CAREGIVER SONO TENUTI A MANTENERE RAPPORTI STABILI E CONTINUATIVI CON LA RESPONSABILE DI STRUTTURA DOTT.SSA FRANCESCA BRESCIA A MEZZO DI POSTA-ELETTRONICA: BRESCIA@POLLINOHOSPITAL.IT PER QUALSIASI ESIGENZA E/O COMUNICAZIONE DA RIFERIRE O RICEVERE; ALTRESÌ CON ALTRO PERSONALE AUTORIZZATO.
- LA **RETTA DEL SOGGIORNO** È DETERMINATA DALL'AZIENDA POLLINO HOSPITAL S.R.L. ED È PARI A 1.600 EURO/MESE CON L'EVENTUALE INTEGRAZIONE DI 80 EURO/MESE PER IL

SERVIZIO DI LAVANDERIA PER CAPI DI ABBIGLIAMENTO PERSONALI.

- LA RETTA È CORRISPOSTA **IN ANTICIPO** RISPETTO ALLA DATA DI INGRESSO IN STRUTTURA. IN CASO DI DIFFICOLTÀ O IMPOSSIBILITÀ AL PAGAMENTO DELLA RETTA, L'OSPITE O CHI PER ESSO È TENUTO AD ESIBIRE L'IMPEGNO DI SPESA PARZIALE/TOTALE DA PARTE DELL'ENTE PREPOSTO AI SENSI DI LEGGE.
- DURANTE LA PERMANENZA IN STRUTTURA, SOPRAVVENUTE ESIGENZE DELL'AMMINISTRAZIONE O EVENTUALI RICHIESTE DI SPOSTAMENTI INTERNI POSSONO DETERMINARE UNA DIVERSA ASSEGNAZIONE DELLA STANZA.
- LA PERMANENZA IN STRUTTURA È GARANTITA FIN QUANDO PERMANGONO I REQUISITI DI ACCESSO CHE L'HANNO DETERMINATA.
- LA RICHIESTA DI **DIMISSIONI** DALLA RESIDENZA DEVE AVVENIRE CON UN **PREAVVISO DI ALMENO 30 GIORNI**.
- IL **PERIODO DI SOGGIORNO** IN STRUTTURA PUÒ ESSERE TEMPORANEO (**MINIMO 60 GIORNI**) O PERMANENTE.

IL/LA SOTTOSCRITTO/A **AUTORIZZA** LA POLLINO HOSPITAL S.R.L. ALL'ADEMPIMENTO ANTICIPATO DELLE SPESE RITENUTE NECESSARIE E/O URGENTI IN FAVORE DELL'OSPITE, INOLTRE **SI OBBLIGA** DI RISARCIRE LA MEDESIMA A SEGUITO DELL'EMISSIONE DELLA FATTURA PER I SEGUENTI CASI (AI SENSI DELLE DISPOSIZIONI CONTRATTUALI):

- ACQUISTO DI FARMACI, PRODOTTI MEDICALI E SIMILI (ES. TAMPONE)
- USO DEL SERVIZIO DI TRASPORTO
- PRENOTAZIONE DI ESAMI, VISITE SPECIALISTICHE, ANALISI E SIMILI
- OGNI ALTRA SPESA NECESSARIA E/O URGENTE SOPRAVVENUTA

CREDEM BANCA
La forma e la sostanza.

COORDINATE DI CONTO

Coordinate di conto	
Numero conto::	010000791838
Intestazione::	POLLINO HOSPITAL S.R.L.
IBAN::	IT28U0303280670010000791838
BIC::	BACRIT21641
Filiale::	CASTROVILLARI

IL/LA SOTTOSCRITTO/A **SI IMPEGNA** A FORNIRE QUANTO RIPORTATO NELLA TABELLA CHE SEGUE, SIA AL MOMENTO DELL'INGRESSO DELL'OSPITE NELLA RESIDENZA SIA PERIODICAMENTE OVVERO IN PROPORZIONE AL PERIODO DI PERMANENZA PROSPETTATO, AL CONSUMO E AL DETERIORAMENTO DEI PRODOTTI DEL CORREDO, PREVIA COMUNICAZIONE DEL PERSONALE SOCIOSANITARIO.

	oggetto
BORSA DA TOILETTE	porta protesi dentale
	pastiglie per pulizia protesi dentale
	spazzolino da denti o per protesi
	fazzolettini di carta/salviette imbevute
	profumo
	deodorante
	rasoio elettrico, dopobarba e altri accessori connessi
	spugna per doccia
	pettine/spazzola
	eventuali prodotti antiallergici (es. shampoo, bagnoschiuma, sapone, alimenti)
eventuali	presidi in dotazione (es. pannoloni, traverse, cateteri, protesi)
	ausili per la deambulazione
	blister (portapillole) con divisori per 7 giorni per eventuali terapie in corso
	farmaci di uso corrente, terapie e diete personalizzate

IL/LA SOTTOSCRITTO/A **SI IMPEGNA** A FORNIRE QUANTO INDICATO NELLA TABELLA SEGUENTE OVVERO INDUMENTI *PREFERIBILMENTE* IN COTONE (VISTA LA MAGGIORE DELICATEZZA SULLA PELLE DELL'OSPITE), ALTRESÌ AD EFFETTUARE TEMPESTIVAMENTE IL CAMBIO DEI MEDESIMI POICHÉ DETERIORATI O INADEGUATI PER LA STAGIONE.

LA RESIDENZA NON ASSUME RESPONSABILITÀ SULLA DURATA DEI CAPI DI ABBIGLIAMENTO. I LAVAGGI AVVENGONO IN MACCHINA INDUSTRIALE E NEL RISPETTO DELLE NORME IGIENICO-SANITARIE VIGENTI.

INDUMENTI per *preferibile* quantità bi-stagionale (primavera-estate e autunno-inverno)	reggiseno	**2**
	paia di mutande	**10**
	paia di calze	**10**
	maglietta/polo (manica corta o lunga)	**4**
	camicie/giacche/maglioni (manica corta o lunga)	**4**
	pantaloni/gonne (estivi o invernali)	**3**
	pigiama/camicia da notte (manica corta o manica lunga)	**3**
	vestaglia (se gradita dall'ospite)	**1**
	tuta da ginnastica (estive o invernali)	**3**
	pantofole/ciabatte chiuse con cerniera/strappo (estive o invernali)	**1**
	paia di scarpe chiuse (estive o invernali)	**1**
	giacca più pesante o giubbotto	**1**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A **SI IMPEGNA** A FORNIRE QUANTO INDICATO NELLA TABELLA SEGUENTE AL MOMENTO DELL'INGRESSO IN COMUNITÀ – ALLOGGIO.

ULTERIORI	borsone per eventuale ricovero (già provvisto del necessario)	1
	eventuali oggetti personali (es. fotografie, cellulari, libri)	

SI OBBLIGA ALTRESÌ ad allegare alla domanda di ingresso la seguente documentazione:

- **SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO PER LA CERTIFICAZIONE DI IDONEITÀ PSICO-FISICA ALLA VITA IN COMUNITÀ-ALLOGGIO PER PERSONE ANZIANE** (REDATTA DAL MEDICO CURANTE, ALLEGATO A)
- **COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ E DELLA TESSERA SANITARIA DELL'OSPITE**
- **COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ E DELLA TESSERA SANITARIA DEI RIFERIMENTI**
- (SE CITTADINO EXTRACOMUNITARIO) **CARTA D'IDENTITÀ/PERMESSO DI SOGGIORNO VALIDO**
- **ACCERTAMENTI CLINICO-DIAGNOSTICI** (ULTIMI 12 MESI)
- **INFORMATIVA SULLA PRIVACY E CONSENSO AI SENSI DEGLI ARTT. 13, 14 DEL REGOLAMENTO UE PER LA PROTEZIONE DEI DATI 2016/679 GDPR – ART. 13 DEL D.LGS. 196/2003 – D.LGS. 101/2018 E LIBERATORIA FOTOGRAFICA – ART. 10 C.C. (PER LA TUTELA DELL'IMMAGINE) – ARTT. 96 E 97 DELLA L.N. 633/1941 (SUL DIRITTO D'AUTORE) – L.N. 163/2017 – 2016/679 GDPR** (ALLEGATO B)
- **NOMINA AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO** (ALLEGATO C)
- SE IN POSSESSO, ANCHE:
    - **COPIA PRESCRIZIONI PIANI TERAPEUTICI**
    - **COPIA DEL VERBALE DI INVALIDITÀ E ACCOMPAGNAMENTO**
    - **COPIA DEL DECRETO DI NOMINA DEL TRIBUNALE ORDINARIO** (PER MISURA DI PROTEZIONE GIURIDICA)
    - **VALUTAZIONE U.V.G.**
    - **LETTERA DI DIMISSIONI DA ALTRO SERVIZIO** (ES. OSPEDALE, PS, ALTRA STRUTTURA)
    - **DOCUMENTAZIONE FORNITURA PRESIDI** (ES. PANNOLONI, CATETERI, CARROZZINA)
    - **ESENZIONI**
    - **ATTESTAZIONE ISEE** (AI FINI DELLA DEFINIZIONE DELLA QUOTA DI COMPARTECIPAZIONE AL COSTO DELLA RETTA PER POSTI-LETTO ACCREDITATI)

AI SENSI DEL D.LGS. 196/2003 E DEL REG.UE 679/2016 SI INFORMA CHE I DATI INDICATI SARANNO IMPIEGATI ESCLUSIVAMENTE AL FINE DI COMUNICAZIONE/INFORMAZIONE PER LE FINALITÀ INERENTI ALLA GESTIONE DEL MEDESIMO RAPPORTO, COME DISCIPLINATO NELLA RELATIVA INFORMARTIVA DELLA STRUTTURA RICEVENTE.

LUOGO _____, DATA _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE

_____