

DOMANDA DI ACCESSO A.P.A. ALLOGGI PROTETTI PER ANZIANI E SOGGETTI IN CONDIZIONI DI DISAGIO SOCIALE

Prot. n. _____ del _____ Data Ingresso _____ Num. Biancheria _____

DATI RIFERITI ALLA PERSONA

Il Sig/La Sig.ra _____
(Cognome e Nome)
Data di nascita ____ / ____ / ____ Età ____ Luogo di nascita _____ prov. (____)
Codice Fiscale: _____ Tessera Sanitaria _____
residente in _____ prov. (____) CAP _____
via _____ n° _____ Telefono: _____
e-mail _____

CHIEDE

di accedere all'alloggio protetto per anziani e soggetti in condizioni di disagio sociale nella tipologia:

- MONOLOCALE** PIANO TERRA PIANO 1 PIANO 2
 BILOCALE PIANO TERRA PIANO 1 PIANO 2
 BILOCALE ad uso singolo

La permanenza presso l'A.P.A. sarà:

- A TEMPO DETERMINATO** – per il periodo dal _____ al _____
 A TEMPO INDETERMINATO

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

- ✓ che non necessita di assistenza socio-sanitaria continua ma le patologie di cui è effetto sono comunque gestibili al domicilio come risulta dal questionario sanitario compilato dal MMG;
- ✓ di impegnarsi al pagamento della retta mensile e del deposito cauzionale in base ai servizi richiesti e dettagliatamente descritti nella carta dei servizi;
- ✓ di aver preso visione della carta dei servizi e di averne ricevuto copia.

Luogo e data: _____ FIRMA _____

VALUTAZIONE MEDICA

(spazio riservato alla valutazione del Medico Responsabile della FONDAZIONE "VARNI AGNETTI" O.N.L.U.S.)

INDICATORI:

MOBILITA' :

MODERATA

LIEVE

NON VALUTABILE

COGNITIVITA' :

MODERATA

LIEVE

NON VALUTABILE

COMORBILITA' :

MODERATA

LIEVE

NON VALUTABILE

SOGGETTO IDONEO SI NO **NOTE** _____

Data _____

Il Medico Responsabile

ALTRI REFERENTI DELLA PERSONA DA CONTATTARE

1) *Grado di parentela:* _____

COGNOME _____ NOME _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____ PROV. _____

RESIDENTE A _____ PROVINCIA _____ CAP _____

VIA _____ N. _____ RECAPITO TELEFONICI _____

CODICE FISCALE _____

2) *Grado di parentela:* _____

COGNOME _____ NOME _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____ PROV. _____

RESIDENTE A _____ PROVINCIA _____ CAP _____

VIA _____ N. _____ RECAPITO TELEFONICI _____

CODICE FISCALE _____

SITUAZIONE ASSISTENZIALE ALLA DATA DELLA DOMANDA:

<input type="checkbox"/> A DOMICILIO SENZA ALCUNA ASSISTENZA	<input type="checkbox"/> A DOMICILIO CON FREQUENZA STRUTTURA SOCIO SANITARIA DIURNA SEMIRESIDENZIALE
<input type="checkbox"/> A DOMICILIO CON ASSISTENZA DOMICILIARE SAD	<input type="checkbox"/> A DOMICILIO CON MISURA RSA APERTA
<input type="checkbox"/> A DOMICILIO CON ASSISTENZA DOMICILIARE ADI/VOUCHER SOCIO SANITARIO	<input type="checkbox"/> INFORMAZIONE NON NOTA
<input type="checkbox"/> A DOMICILIO CON FREQUENZA STRUTTURA SOCIALE DIURNA SEMIRESIDENZIALE	<input type="checkbox"/> Altro _____

MOTIVO DELLA DOMANDA

- Ospite che conserva un sufficiente grado di autonomia e che desidera vivere in un ambiente controllato e protetto;
- Ospite con fragilità sociale (es. reti famigliari rarefatte o residuali);
- Ospite con lievi difficoltà, conservata capacità deambulatoria, anche con l'utilizzo di ausili;
- Ospite un'abitazione non adeguata, per la presenza ad esempio di barriere architettoniche che creano per l'individuo un disagio costante e quotidiano;
- Ospite che presenta patologie gestibili al domicilio;
- condizioni di solitudine ed emarginazione sociale.

DATI RELATIVI ALLE RISORSE ECONOMICHE DELL'INTERESSATO ALL'AMMISSIONE:

- Intestatario di indennità di accompagnamento: NO SI

Situazione pensionistica:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nessuna pensione | <input type="checkbox"/> Anzianità/vecchiaia | <input type="checkbox"/> Sociale |
| <input type="checkbox"/> Invalidità | <input type="checkbox"/> Reversibilità | <input type="checkbox"/> Tipologia speciale (guerra/infortunio sul lavoro, ecc.) |

Necessità di ingresso: urgente breve termine lungo termine

Alla presente si allegano i seguenti documenti:

- Fotocopia di un **DOCUMENTO DI IDENTITÀ NON SCADUTO**
- Fotocopia **CARTA REGIONALE DEI SERVIZI** (Tesserino Sanitario magnetico)
- Certificato di residenza (**anche AUTOCERTIFICAZIONE**)
- Eventuale **ATTO DI NOMINA del Tribunale per AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO e/o Nomina TUTORE**

- Fotocopia del VERBALE rilasciato dalla COMMISSIONE DI PRIMA ISTANZA INPS che ha riconosciuto l'eventuale invalidità civile – Domanda di invalidità;
- Tutta la documentazione medica pregressa e recente con eventuali COPIE di cartelle cliniche.

□ **DOCUMENTAZIONE MEDICA NECESSARIA PER LA VALUTAZIONE DELLO STATO DI SALUTE DELL'UTENTE:**

- **QUESTIONARIO SANITARIO** allegato alla presente domanda di ingresso compilata dal Medico curante - **OBBLIGATORIO**;
- **Esami di laboratorio:** Ast - Alt - Vdrl - Bilirubina - Hbsag - Anti Hcv - Coprocultura per ricerca Salmonella non antecedenti a 3 mesi (facoltativi);
- **Referti di visite specialistiche** od esami strumentali (radiografie, elettrocardiogrammi,...).

LE TARIFFE A OSPITE:

Il pagamento della retta mensile e delle prestazioni aggiuntive è a carico dell'utente o di altro obbligato che sottoscrive il contratto d'ingresso.

La retta mensile è fatturata mensilmente in via anticipata e le prestazioni aggiuntive (se richieste) verranno fatturate a parte in via posticipata.

Le rette mensili devono essere pagate entro il giorno 10 del mese di riferimento e le prestazioni aggiuntive entro il 10 del mese successivo di riferimento. In caso di ritardato pagamento saranno applicati gli interessi di mora di legge.

CAUZIONE: Al momento dell'ingresso verrà richiesto di versare un deposito cauzionale infruttifero pari all'importo della retta corrispondente all'alloggio contrattualizzato.

Il deposito cauzionale sarà restituito alla dimissione dell'ospite.

In caso di mancato pagamento dell'ospite e/o obbligati, la Fondazione Varni Agnetti onlus sarà legittimata ad incamerare il deposito cauzionale. In tal caso la Fondazione diffiderà l'ospite e/o gli obbligati, alla ricostituzione del medesimo deposito cauzionale infruttifero **entro 15 giorni**. Laddove il deposito cauzionale non sia ricostituito nei termini di cui sopra, il contratto si intenderà risolto di diritto ex art. 1456 del Codice Civile.

Ai fini del mantenimento del posto letto, la retta è dovuta anche in caso di assenza.

In caso di decesso o dimissione, viene contabilizzato anche l'ultimo giorno di degenza.

LE TARIFFE A OSPITE:

TIPOLOGIA	UBICAZIONE	METRATURA	RETTA MENSILE	RETTA GIORNALIERA
MONOLOCALE	PIANO TERRA	28 MQ	1.690,00	55,56
MONOLOCALE	PIANO 1 PIANO 2	43 MQ	1.890,00	62,14
BILOCALE	PIANO TERRA	60 MQ	1.600,00	52,60
BILOCALE	PIANO 1 PIANO 2	65 MQ	1.700,00	55,89
BILOCALE AD USO SINGOLO	QUALSIASI PIANO	60/65 MQ	3.350,00	110,14

Per gli ospiti che non usufruiscono del servizio mensa è previsto uno sconto sulla retta che sarà indicato sul contratto di ingresso.

La retta è comprensiva di:

Servizi sanitari, assistenziali e sociali:

Presenza di personale qualificato su chiamata 24 ore su 24 per 7 giorni su 7

- controllo mensile del peso corporeo;
- verifica mensile parametri vitali (pressione arteriosa, saturazione ecc.);
- ECG con cadenza annuale;
- controllo dei valori della glicemia in caso di necessità o per ospiti con patologia conclamata di diabete, misurazione parametri vitali;
- Prenotazione visite specialistiche ed esami;
- Assistenza infermieristica di base (es. in caso di influenza..)
- Organizzazione di attività di socializzazione settimanale

Nei casi di urgenza è attivato il medico di guardia; qualora insorgano problemi rilevanti è attivato il Pronto Soccorso.

I familiari di riferimento, nei casi di urgenza, vengono informati dell'evenienza dall'operatore in turno.

Gli Ospiti rimangono in carico ai Medici di Medicina Generale (MMG) di loro libera scelta, che provvederanno pertanto alle prescrizioni farmaceutiche.

Servizi generali:

- ✓ fornitura dei pasti con presenza di un operatore nel salone comune
- ✓ fornitura e sostituzione settimanale di biancheria piana da letto (lenzuola, traversa, federe, copriletto). Gli utenti possono comunque scegliere di utilizzare la propria biancheria da letto, in tal caso con lavaggio e stireria non è a carico della Fondazione. Questo non comporta alcuna variazione del costo fisso del canone.
- ✓ servizio lavanderia per i capi dell'ospite
- ✓ manutenzione degli impianti
- ✓ Servizio di manutenzione e piccole riparazioni dell'alloggio e degli arredi e attrezzature in dotazione
- ✓ pulizia dei locali due volte alla settimana e quotidiano nei locali comuni
- ✓ posto auto
- ✓ assistenza fiscale tramite Patronato

UtENZE

- ✓ fornitura di luce e acqua e servizio di riscaldamento e climatizzazione
- ✓ telefonate per numeri interni, escluso traffico telefonico verso l'esterno
- ✓ connessione wi-fi in tutti i locali
- ✓ Tari – Tassa rifiuti
- ✓ Canone TV

Servizi speciali

- ✓ domotica
- ✓ sistema di chiamata di emergenza

La biancheria da bagno e tutto il necessario per l'igiene personale dell'ospite è a Suo carico.

ASSISTENZA SPIRITUALE

L'assistenza spirituale è garantita dal Parroco della Parrocchia di Godiasco Salice Terme o suo delegato.

SERVIZI ACCESSORI NON INCLUSI NELLA RETTA

Gli utenti degli alloggi protetti possono accedere ai servizi accessori su richiesta individuale ed a libera scelta. Il costo dei servizi accessori costituisce la parte variabile del canone secondo l'uso effettivo degli stessi.

- ✓ Servizio in camera per i tre pasti principali (colazione, pranzo e cena);
- ✓ Pasto supplementare ospite;

- ✓ Cambio della biancheria piana al di fuori del cambio settimanale;
- ✓ Pulizia supplementare dei locali su richiesta dell'ospite;
- ✓ Visite mediche specialistiche (Geriatrica e/o Fisiatrice) su richiesta;
- ✓ ECG di controllo su richiesta;
- ✓ Prelievi ematici al domicilio;
- ✓ Medicazioni, somministrazioni terapie, controlli infermieristici oltre a quelli inclusi nella retta;
- ✓ Trasporto sanitario;
- ✓ Assistenza e supervisione per bagno assistito;
- ✓ Servizio di trasporto su richiesta con mezzi della Fondazione;
- ✓ Servizi di animazione e socializzazione volti alla stimolazione relazionale e sociale;
- ✓ Partecipazione alle attività motorie di gruppo al di fuori da quelle previste contrattualmente;
- ✓ Fisioterapia e terapia fisica;
- ✓ Servizio parrucchiere e barbiere;
- ✓ Servizio di podologo;
- ✓ Maggiordomo di comunità

Il prezzo dei singoli servizi sono riportati nel tariffario esposto in bacheca.

MODALITÀ DI PAGAMENTO:

La retta ed il deposito cauzionale devono essere versati tramite:

- ✓ **BONIFICO BANCARIO** da effettuare sul c/c n. **000000040921** intrattenuto presso **INTESA SANPAOLO S.P.A. Fil. Godiasco (PV) ABI 03069 CAB 55900** a favore di FONDAZIONE VARNI AGNETTI onlus, specificando il nome e il cognome dell'ospite ed il mese di riferimento (**COD. IBAN IT23 G 03069 55900 000000040921**).
- ✓ **ASSEGNI BANCARI;**
- ✓ **ASSEGNI CIRCOLARI.**

QUESTIONARIO SANITARIO

(da compilarsi a cura del Medico Curante- MMG)

Cognome e nome _____

Data di nascita _____ Esente SI NO COD. ESENZ. _____ PARZ TOT

Giudizio sulla stabilità clinica attuale:

- stabile** nessun particolare problema o con problemi che necessitano monitoraggio clinico ad intervalli >60 gg.
- moderatamente stabile** con problemi che necessitano monitoraggio clinico ogni 30-60 gg.
- moderatamente instabile** con problemi che necessitano monitoraggio clinico ad intervalli di più di una volta al mese ma meno di una volta alla settimana
- instabile** con problemi che necessitano monitoraggio clinico quotidiano
- acuzie** con problemi che necessitano di più monitoraggi quotidiani

ATTIVITÀ di VITA QUOTIDIANA	Indipendente	Parzialmente dipendente
Capacità di fare il bagno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacità di vestirsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacità di alimentarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Continenza sfinterica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MOBILITÀ	<input type="checkbox"/> Indipendente	<input type="checkbox"/> autonomo con protesi/ausili	<input type="checkbox"/> carrozzella
	<input type="checkbox"/> Con aiuto	<input type="checkbox"/> con aiuto con protesi/ausili	<input type="checkbox"/> altro _____

PATOLOGIE

LEGENDA

A: assente; **L:** lieve - trattamento facoltativo; prognosi eccellente; **M:** moderata - trattamento necessario; prognosi buona; **G:** grave; è invalidante - trattamento necessario con urgenza; prognosi riservata; **MG:** molto grave - trattamento di emergenza; può essere letale; prognosi grave

AREA (barrare la casella che interessa come da legenda)	GRAVITÀ				
PATOLOGIE CARDIACHE	A	L	M	G	MG

Diagnosi _____

PORTATORE DI PACE-MAKER SI NO

IPERTENSIONE	A	L	M	G	MG

Diagnosi _____

APPARATO VASCOLARE (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)	A	L	M	G	MG

Diagnosi _____

APPARATO RESPIRATORIO	A	L	M	G	MG

Diagnosi _____

OCCHI/ORL (orecchio, naso, gola, laringe)	A	L	M	G	MG

Diagnosi _____

APPARATO DIGERENTE SUPERIORE (esofago, stomaco, duodeno, vie biliari, pancreas)	A	L	M	G	MG

Diagnosi _____

APPARATO DIGERENTE INFERIORE (intestino, ernie)

A L M G MG

Diagnosi _____

STIPSI SI NO

INCONTINENZA FECALE SI NO

FEGATO

A L M G MG

Diagnosi _____

RENE

A L M G MG

Diagnosi _____

APPARATO RIPRODUTTIVO E PATOLOGIE GENITO-URINARIE

A L M G MG

Diagnosi _____

INCONTINENZA URINARIA SI NO

APPARATO MUSCOLO-SCHELETRICO E CUTE

A L M G MG

Diagnosi _____

ULCERE DA DECUBITO SI NO SEDE _____ STADIO _____

PATOLOGIE SISTEMA NERVOSO (no demenza)

A L M G MG

Diagnosi _____

PATOLOGIE SISTEMA ENDOCRINO METABOLICO (diabete, infezioni ..)

A L M G MG

Diagnosi _____

STATO MENTALE E COMPORTAMENTALE (demenza, depressione, ansia, psicosi...)

A L M G MG

Diagnosi _____

HA SUBITO RICOVERI IN REPARTI OSPEDALIERI PSICHIATRICI SI NO

Specificare _____

È IN CURA c/o SPECIALISTI NEUROPSICHIATRICI o CENTRI PSICO SOCIALI SI NO

Specificare _____

ALTRI PROBLEMI CLINICI

DESCRIZIONE			Se SI indicare:
DIALISI	SI	NO	<input type="checkbox"/> Dialisi peritoneale <input type="checkbox"/> Dialisi extracorporea Frequenza settimanale dialisi _____
INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	SI	NO	<input type="checkbox"/> Ossigenoterapia Durata orario ossigenoterapia _____
STATO NUTRIZIONALE	SI	NO	<input type="checkbox"/> NELLA NORMA <input type="checkbox"/> OBESITÀ <input type="checkbox"/> SOTTOPESO <input type="checkbox"/> VARIAZIONI PONDERALI NEGLI ULTIMI SEI MESI
GESTIONE INCONTINENZA	SI	NO	<input type="checkbox"/> PRESIDII ASSORBENTI <input type="checkbox"/> ANO ARTIFICIALE
PROTESI	SI	NO	<input type="checkbox"/> DENTALE

		<input type="checkbox"/> ACUSTICA <input type="checkbox"/> OCCHIALI <input type="checkbox"/> ALTRO _____
--	--	--

INTERVENTI PROGRAMMATI: NO SÌ

Se necessita di valutazioni o accertamenti strumentali periodici, es. visite specialistiche, ecografie o altre indagini strumentali, dialisi, chemioterapia, emotrasfusioni

Specificare: _____

Principali ricoveri ospedalieri o presso altri enti:

VALUTAZIONE COGNITIVA

DISORIENTAMENTO TEMPO/SPAZIO	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PARZIALE
PERDITA DI MEMORIA	<input type="checkbox"/> LIEVE	<input type="checkbox"/> MODERATA	Note _____

ALLERGIE A FARMACI ED ALIMENTI:

PARASSITOSI CUTANEE / MALATTIE CONTAGIOSE / SITUAZIONI PERICOLOSE E CONTRARIE ALLA VITA IN COMUNITÀ:

TERAPIA IN CORSO:

TIPO DI FARMACO	POSOLOGIA	DURATA DEL TRATTAMENTO	ORARI

SITUAZIONE AMBIENTALE E SOCIALE

ABITAZIONE	<input type="checkbox"/> IDONEA		<input type="checkbox"/> PRESENZA BARRIERE ARCHITETTONICHE
VIVE SOLO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Se NO, specificare con chi vive _____
SUPPORTO FAMILIARE/CAREGIVER	<input type="checkbox"/> PRESENTE	<input type="checkbox"/> PARZIALE	<input type="checkbox"/> ASSENTE
PRINCIPALE CAREGIVER <i>(specificare in caso di PRESENTE o PARZIALE)</i>	<input type="checkbox"/> CONIUGE	<input type="checkbox"/> FIGLIO	<input type="checkbox"/> NIPOTE
	<input type="checkbox"/> ALTRO <i>(Specificare)</i> _____		

Il Medico curante (MMG):

Cognome _____ Nome _____

Recapito telefonico studio _____ Cellulare _____

Cod. reg. medico _____

DICHIARA che la persona versa in condizioni di autosufficienza.

Data _____

_____ timbro e firma MMG

**CONSENSO DELL'INTERESSATO AL TRATTAMENTO DI PROPRI DATI PERSONALI,
RELATIVI ALLA SALUTE**

Ai sensi del Regolamento Europeo Privacy EU 2016/679

Il sottoscritto Interessato Sig./ra _____

nato a _____ il _____

e residente in _____ via _____

con la firma apposta in calce alla presente attesta:

- di aver preso visione e di accettare l'informativa contenuta nella Carta dei Servizi;
- il proprio libero consenso affinché il Titolare proceda ai trattamenti di propri dati resi.
- il proprio libero consenso affinché il Titolare proceda ai trattamenti dei dati resi per i suoi familiari.

Estende il proprio consenso anche al trattamento dei dati personali sensibili, identificativi, vincolandolo comunque al rispetto di ogni altra condizione imposta per legge.

Esprime il consenso al trattamento dei dati personali e relativi alla salute e quelli necessari mediante l'utilizzo di appositi strumenti della sanità elettronica (quali dossier sanitario elettronico e fascicolo sanitario elettronico - FSE, Telematico Servizi di Telemedicina, CBA INFORMATICA Softwarehouse, ATS PAVIA, REGIONE LOMBARDIA,) per le finalità e per la durata precisati nell'informativa ai sensi dell'art. 13 e 14 del Reg. UE n. 679/2016, che dichiara di averne compreso il contenuto.

Acconsente, inoltre, che possa essere data informazione della presenza in Fondazione e del proprio stato di salute a:

- Coloro che lo richiedono
- Indicare il nome delle persone che lo richiedono _____

- Nessuno

Godiasco Salice Terme, li _____

L'UTENTE/PARENTE
