

Titolo Documento	Codice	Revisione	Pagina
DOMANDA INSERIMENTO	VSM/SR/029	Marzo 2014 01	Pagina 1 di 8

San Casciano Val di Pesa, (data consegna domanda)

Generalità dell'Ospite (soggetto per cui si chiede il ricovero):

NomeCognome

M [] F [] Stato Civile..... ASL Residenza.....

Nato/a a..... il

Codice FiscaleComune di residenza.....

Via/Piazza.....tel.....

Tessera sanitaria n.; medico curante

Richiesta di inserimento in qualità di:

[] Privato;

[] Destinatario alle prestazioni così come determinato dall'art. 8 della L.R. 66/2008;

Tipologia ricovero:

[] Tempo vitalizio ; [] temporaneo per periodo; [] Diurno: []sì []no

Al momento della presente domanda l'ospite si trova:

[] a Domicilio; [] in Ospedale; [] altra RSA

Al momento della presente domanda l'ospite chiede:

[] sistemazione camere doppia; [] sistemazione camera singola ;

Camera assegnata n. []

Al momento della presente domanda l'ospite :

[] ha presentato istanza di valutazione di non autosufficienza presso l'UVM di zona (art 9, l.r. 66/2008);

[] è in possesso del progetto di assistenza personalizzato (PAP) elaborato dalla UVM di zona (art.12, l.r. 66/2008);

[] è prevista una compartecipazione da parte dell'Ospite o dei parenti dovuti (art.14, comma 2 lettera c; l.r. 66/2008) ai costi della prestazione di ricovero ;

Titolo Documento	Codice	Revisione	Pagina
DOMANDA INSERIMENTO	VSM/SR/029	Marzo 2014 01	Pagina 2 di 8

[] è stato nominato un Titolo di rappresentanza legale : [] no ; [] si nella figura di : [] Amministratore di sostegno ; [] Tutore ; [] Curatore : Nome; Cognome

telefono ; cell. Indirizzo e mail:.....;

Persona di riferimento:

nome.....cognome.....

Residente a.....via.....

telefono.....cell..... grado di parentela.....

Indirizzo e – mail:.....

Seconda persona di riferimento:

nome.....cognome.....

Residente a.....via.....

telefono.....cell..... grado di parentela.....

Indirizzo e – mail:.....

Al momento della presentazione della presente domanda di inserimento L’Ospite, il suo rappresentante legale o la persona di riferimento sono stati informati che La RSA “ Villa San Martino “ :

1. è stata autorizzata al funzionamento con l’autorizzazione n.2013/0426 ; rilasciata in data 14.06.2013 dal Comune di San Casciano Val di Pesa, e rinnovata a seguito di subingresso in data 21.2.2014, con pratica n.2014/0169 ;
2. ha presentato in data 17.06.2013 al comune di San Casciano Val di Pesa, la Dichiarazione di conformità ai requisiti regionali per l’accreditamento (art. 12 l.r. 82/2009) e rinnovata a seguito di subingresso in data 26.02.2014 ;
3. possiede i requisiti generali e specifici per la tipologia di struttura che eroga servizi residenziali e semiresidenziali, previsti dal Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 29/R del 3 marzo 2010;
4. garantisce tutte le prestazioni previste dalla convenzione con l’Azienda Sanitaria Firenze;
5. ha adottato il Regolamento Interno della struttura, così come previsto dalla normativa regionale;

Titolo Documento	Codice	Revisione	Pagina
DOMANDA INSERIMENTO	VSM/SR/029	Marzo 2014 01	Pagina 3 di 8

6. ha adottato la Carta dei Servizi, così come previsto dall'art. 9 l.r. 41/2005;
7. ha adottato il regolamento di tutela degli Ospiti;
8. ha formalizzato la costituzione del Comitato di Partecipazione degli Ospiti.
9. consegna, contestualmente alla presente domanda: Questionario di Soddisfazione Utenti e Soggetti terzi, Regolamento e Carta dei Servizi.

Al momento della presentazione della presente domanda di inserimento L'Ospite, il suo rappresentante legale o la persona di riferimento dichiarano di:

1. avere preso visione della struttura e degli ambienti che la compongono e di averla trovata di proprio gradimento ;
2. di impegnarsi, qualora l'ammissione non dovesse avvenire entro il 30° giorno dalla data della presente domanda, a produrre un aggiornamento alla scheda medica;
3. di sottoscrivere (al momento dell'ingresso) il modulo della dichiarazione al pagamento (allegatoA);
4. di dare alla Direzione della RSA "Villa San Martino" il consenso informato al trattamento dei dati (l. 196/2003).

Documenti da allegare alla domanda

- Scheda sanitaria dell'ospite (qui di seguito riportata) redatta e sottoscritta dal medico curante ;
- Copia Tessera sanitaria;
- Eventuale documentazione sanitaria recente (lettere di dimissione ospedaliera, esami, radiografie, referti che risalgono al massimo a 12 mesi precedenti);
- Eventuale esenzione del ticket;
- Fotocopia documento di riconoscimento;
- Eventuale documentazione e relativa impegnativa, rilasciata dal Comune di residenza, attestante il riconoscimento partecipazione del medesimo al contributo totale o parziale alla quota sociale;
- Eventuale autorizzazione o impegnativa, rilasciata dalla ASL di competenza, attestante il riconoscimento della quota sanitaria;

Data

L'ospite o Il Referente

La direzione si riserva di decidere sull'eventuale ammissione.

SCHEDA Sanitaria

NOME

COGNOME

DATA DI NASCITA:

PATOLOGIA IN ATTO:

TERAPIA IN ATTO:

VALUTAZIONE FUNZIONALE: attività della vita quotidiana

Fare il bagno (vasca,doccia,spugnature)		Vestirsi (prendere i vestiti dall'armadio e/o cassetti,inclusa biancheria intima,vestiti,uso delle allacciature)	
- Fa il bagno da solo (entra ed esce dalla vasca da solo);	Si No	- Prendere i vestiti e si veste completamente senza bisogno di assistenza.	Si No
- Ha bisogno di assistenza soltanto nella pulizia di una parte del corpo (es. dorso).	Si No	- Prendere i vestiti e si veste senza bisogno di assistenza eccetto che per allacciare le scarpe.	Si No
- Ha bisogno di assistenza per più di una parte del corpo.	Si No	- Ha bisogno di assistenza nel prendere i vestiti o nel vestirsi oppure rimane parzialmente o completamente svestito.	Si No
Toilette (andare nella stanza da bagno per la minzione l'evacuazione,pulirsi,rivestirsi)		Spostarsi	
- Va in bagno,si pulisce e si riveste senza bisogno di assistenza (può utilizzare mezzi di supporto come bastone,deambulatore o seggiola a rotelle,può usare vaso da notte o comoda svutandoli al mattino).	Si No	- Si sposta dentro e fuori dal letto ed in poltrona senza assistenza (eventualmente con canadesi o deambulatore).	Si No
- Ha bisogno di assistenza		- Compie trasferimenti se aiutato.	Si No
		- Allettato,non esce dal letto.	Si No

		Lesioni cutanee _____	
--	--	-----------------------	--

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

VILLA SAN MARTINO
INFORMATIVA PRIVACY PER LA DOMANDA DI RICOVERO
Decreto Legislativo 196/03

Allegato 14 al
Documento
Generale
Privacy

Ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 196 del 2003 " **CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI**", Vi informiamo che:

1. i dati personali da Voi forniti saranno oggetto di trattamento nel rispetto della riservatezza e dei diritti dell'ospite tramite l'applicazione sistematica da parte nostra di apposite misure di tutela e garanzia predisposte sia per il trattamento cartaceo che elettronico dei dati e commisurate alla specificità del dato stesso (semplice dato personale oppure dato relativo allo stato di salute).
2. i dati personali dell'ospite e del suo nucleo familiare che sono raccolti all'atto della presente domanda di ricovero, sono strettamente funzionali al corretto raggiungimento delle finalità relative all'eventuale ricovero dell'ospite presso la nostra struttura
3. i dati relativi alla salute dell'ospite da noi raccolti all'atto della presente domanda di ricovero sono necessari e strettamente funzionali per adempiere alle successive procedure di ricovero.
4. il conferimento dei dati di cui ai punti precedenti è condizione necessaria per l'eventuale instaurazione del rapporto contrattuale con la nostra struttura
5. prima dell'atto dell'effettivo ricovero, che sarà subordinato alla firma del contratto con l'ospite e relativa informativa privacy, i dati personali e sensibili raccolti non saranno comunicati esternamente

Titolare del trattamento è Villa San Martino nella persona del Legale Rappresentante, presso cui far valere i vostri diritti tra cui la modifica, la visione o la cancellazione dei Vostri dati personali.

(DA COMPILARSI A CURA DELL'OSPITE O DI UN RESPONSABILE DELL'OSPITE)

Il sottoscritto (*nome - cognome*) esprime il proprio consenso al trattamento dei dati, nei termini e per le finalità indicate nei punti della presente informativa.

Titolo Documento	Codice	Revisione	Pagina
DOMANDA INSERIMENTO	VSM/SR/029	Marzo 2014 01	Pagina 7 di 8

Data

Firma

Allegato " A " (modulo dichiarazione impegno al pagamento delle prestazioni socio sanitarie
Persona/persona fisica/fisiche)

Alla Direzione della RSA "VILLA SAN MARTINO"

Oggetto: Dichiarazione di impegno al pagamento ai sensi dell'art.1441 c.c.

Il/ la sottoscritto/a _____ nato/a _____

Il _____ C.F. _____

Residente a _____ Via _____ n° _____

Eventuale domicilio _____

tel. _____ fax _____, e-mail _____

e

(da compilarsi solo nel caso di istanza congiunta)

Il/ la sottoscritto/a _____ nato/a _____

Il _____ C.F. _____

Residente a _____ Via _____ n° _____

Eventuale domicilio _____

tel. _____ fax _____, e-mail _____

considerato:

1. Che in data _____, è stata accettata da parte della Direzione della RSA "VILLA SAN MARTINO", la domanda di ammissione del/la Sig./Sig.ra _____;
2. Di essere a conoscenza della disponibilità del Regolamento Interno e della Carta dei Servizi;
3. Di conoscere le tariffe per le prestazioni dichiarate nella Carta dei Servizi,

DICHIARA/DICHIARANO

Di avere titolo in quanto parente/ti / Tutore / Amministratore di Sostegno (specificare _____) del Sig./ra _____ ospitato/a presso la RSA " VILLA SAN MARTINO " e **DI IMPEGNARSI**, ai sensi dell'art.1441 c.c., a :

Titolo Documento	Codice	Revisione	Pagina
DOMANDA INSERIMENTO	VSM/SR/029	Marzo 2014 01	Pagina 8 di 8

1. corrispondere alla struttura la **retta giornaliera**, pari a € determinata dalla Direzione e comprensiva di tutte le prestazioni necessarie ai bisogni dell'ospite, secondo il Piano individualizzato;
2. corrispondere alla struttura il pagamento di prestazioni socio sanitarie eseguite in base a prescrizione del medico curante;
3. pagare anticipatamente, la somma mensile di €, concordata con la Direzione entro il giorno 5 di ogni mese;
4. versare a titolo cauzionale infruttifero (art.2 del DPR 22/12/86 n. 917), al momento dell'ingresso, la somma di € 1.500,00, concordata con la Direzione, che sarà restituita al termine e non oltre trenta giorni dal momento del verificarsi dell'evento che interrompe il rapporto dell'ospite con la struttura.
5. corrispondere alla struttura, per eventuali assenze superiori a 30 giorni, dovute a ospedalizzazioni ed autorizzate dalla Direzione, una retta pari al 70% di quella concordata con la Direzione
6. comunicare nel più breve tempo possibile ogni variazione dei domicili comunicati alla Direzione.

San Casciano Val di Pesa, _____

I/Il Referente/i
