

Titolo Documento	Codice	Revisione	Pagina
DOMANDA INSERIMENTO	VSM/SR/029	Novembre 2016 02	Pagina 1 di 9

San Casciano Val di Pesa, ..... (data consegna domanda)

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

Nome ..... Cognome .....

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

Nato/a a..... il .....

Codice Fiscale ..... Comune 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	Novembre 2016 02	Pagina 2 di 9

[ ] 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	Novembre 2016 02	Pagina 3 di 9

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 (**Regolamento Europeo 2016 /679**).

### **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**

---

Titolo Documento	Codice	Revisione	Pagina
DOMANDA INSERIMENTO	VSM/SR/029	Novembre 2016 02	Pagina 4 di 9

## Informativa Privacy per il Ricovero degli Ospiti Regolamento Europeo 2016 /679

Ai sensi dell'art. 13/14 del Regolamento Europeo 2016/ 679 (GDPO), Vi informiamo a completamento di quanto indicato nel **CONTRATTO DI OSPITALITÀ** 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 misurate 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 del ricovero, e che verranno integrati durante la degenza, sono strettamente funzionali al corretto raggiungimento delle finalità sotto descritte (ivi compresi gli obblighi di legge):
    - gestione amministrativa e contabile: comunicazione alle unità di competenza quali ASL e altri Uffici Pubblici, emissione e controllo fatturazione, scelta del medico di base, riscossione di eventuali contributi sociali, sanitari, e/o pensionistici erogati dagli enti pubblici di competenza quali Regione, Servizio Sanitario Nazionale, INPS etc...)
    - erogazione delle attività di assistenza sanitaria: gestione dei rapporti con i parenti e con il medico curante, attività professionali di medici e fisioterapisti interni, eventuali ricoveri ospedalieri, trattamento delle terapie;
    - pubblicazione di foto e video svolte durante le attività e gli eventi all'interno della RSA: in bacheca all'interno della Rsa, Siti Web, Social Forum, Riviste di settore, e stampe generali.
    - tutti i dati relativi alla salute ed alle terapie in corso al momento del ricovero dell'ospite sono necessari per:
      - assicurare l'ottimale inserimento dell'ospite (scelta della sistemazione logistica compatibile con il suo stato di salute etc.)
      - consentire la cura e l'assistenza dell'ospite
      - informare il personale competente nel caso di ricovero ospedaliero
      - informare il nuovo medico curante, nei casi in cui venga cambiato dopo il ricovero
      - consentire visite specialistiche, esami diagnostici o diete personalizzate (sempre e soltanto sotto mandato e responsabilità del medico curante)
      - tutelare l'incolumità degli altri ospiti o del personale interno
      - eventuali richieste dell'ospite o dei suoi parenti in materia di riscossione della pensione, custodia di beni personali, attività legate al culto ed alla fede religiosa.
- Tali dati sono conservati per tutta la durata della degenza, al termine della quale verranno custoditi (senza possibilità di consultazione o divulgazione, salvo richiesta specifica motivata) per 10 anni.
3. il conferimento dei dati di cui ai punti precedenti è condizione necessaria per l'eventuale instaurazione del rapporto contrattuale con la nostra struttura
  4. i dati saranno comunicati nell'ambito di quanto sopra specificato a:
    - enti pubblici: regione, comune, ASL, SSN, , INPS
    - professionisti interni e collaboratori esterni: medici, medici specialisti, fisioterapisti, responsabili di reparto
    - farmacie: per l'acquisto di farmaci e beni in genere prescritti dal medico curante (o da suo sostituto designato)
    - eventuali laboratori diagnostici.

Titolare del trattamento è VILLA SAN MARTINO SRL. 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. Il responsabile del Trattamento dei Dati è l'Ing. **Francesco Cherubini**

**(DA COMPILARSI A CURA DELL'OSPITE O DEL RESPONSABILE DELL'OSPITE )** Il sottoscritto ..... (nome - cognome) esprime il proprio consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati, nei termini e per le finalità indicate nei punti della presente informativa. Inoltre in relazione alla corretta e completa acquisizione dei dati sulla condizione di salute dell'ospite, nel caso questo debba essere facoltativamente sottoposto ad una visita medica per stabilire specifiche diete alimentari, limitazioni all'attività fisica, etc...

**Consente** la visita medica       **Non consente** la visita medica

Data .....

Firma .....

Titolo Documento	Codice	Revisione	Pagina
DOMANDA INSERIMENTO	VSM/SR/029	Novembre 2016 02	Pagina 5 di 9

**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	Novembre 2016 02	Pagina 6 di 9

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 al momento dell'ingresso a titolo cauzionale infruttifero relativo alla quota di parte sociale (art.2 del DPR 22/12/86 n. 917) 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

\_\_\_\_\_

Titolo Documento	Codice	Revisione	Pagina
DOMANDA INSERIMENTO	VSM/SR/029	Novembre 2016 02	Pagina 7 di 9

**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**

<b>Fare il bagno (vasca,doccia,spugnature)</b>		<b>Vestirsi (prendere i vestiti dall'armadio e/o cassetti,inclusa biancheria intima,vestiti,uso delle allacciature)</b>	
- 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
<b>Toilette (andare nella stanza da bagno per la minzione l'evacuazione,pulirsi,rivestirsi)</b>		<b>Spostarsi</b>	
- 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
		- Compie trasferimenti se aiutato.	Si No





Titolo Documento	Codice	Revisione	Pagina
DOMANDA INSERIMENTO	VSM/SR/029	Novembre 2016 02	Pagina 9 di 9

---

		- Ausili. Tipo _____ Lesioni cutanee _____	
--	--	---	--

**TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO**