

Titolo Documento	Codice	Revisione	Pagina
DOMANDA INSERIMENTO	D.VASMJ/024	GENNAIO 2024	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.....

Nome e recapito mail e telefono 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	D.VASMJ/024	GENNAIO 2024	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	D.VASMJ/024	GENNAIO 2024	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 risalgano 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	D.VASMJ/024	GENNAIO 2024	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'**RSA VILLA SAN MARTINO**

(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**

☐ **Non consente**

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	D.VASMJ/024	GENNAIO 2024	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 € 3.000,00, 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. preavvertire , a mezzo mail, se si intende uscire preventivamente rispetto alla data concordata e/o con contratto definitivo, e inderogabilmente , comunicarlo con almeno 15 giorni di preavviso. Nel caso tale termine non fosse rispettato, decorrerà regolare retta anche se non usufruita.
7. comunicare nel più breve tempo possibile ogni variazione dei domicili comunicati alla Direzione.

San Casciano Val di Pesa, _____

I/II Referente/i

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		- Si sposta dentro e fuori dal letto ed in poltrona senza assistenza	Si No

utilizzare mezzi di supporto come bastone,deambulatore o seggiola a rotelle,può usare vaso da notte o comoda svutandoli al mattino). - Ha bisogno di assistenza nell'andare in bagno o nel pulirsi o nel rivestirsi o nell'uso del vaso da notte o della comoda - Non si reca in bagno per l'evacuazione.	Si No Si No Si No	(eventualmente con canadesi o deambulatore). - Compie trasferimenti se aiutato. - Allettato,non esce dal letto. - Deambula. - Uso di ausili. - E' caduto negli ultimi 6 mesi.	Si No Si No Si No Si No Si No
Continenza di Feci e Urine		Alimentazione	
- Controlla completamente feci e urine. - Incidenti occasionali. - Necessita di supervisione per il controllo di feci e urine,usa il catetere , è continente	Si No Si No Si No	- Senza assistenza. - Assistenza solo per tagliare la carne o imburrare il pane. - Richiede assistenza per portare il cibo alla bocca o viene nutrito parzialmente o completamente per via parenterale o entrale. - Disfagia	Si No Si No Si No Si No
Stato mentale		ALTRO	
- Vigile. - Confuso. - Disturbi del comportamento. - Tendenza alla fuga. - Insonnia .	Si No Si No Si No Si No Si No	Comunicazione: - Comprensibile. - Non comprensibile. - Afasico. - Espressivo.	Si No Si No Si No Si No Si No

Titolo Documento	Codice	Revisione	Pagina
DOMANDA INSERIMENTO	D.VASMJ/024	GENNAIO 2024	Pagina 9 di 9

		Deficit sensoriali:	
		- visivi .	Si No
		- uditivi.	Si No
		- Ausili. Tipo_____	
		Lesioni cutanee_____	

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO