

Casa dell'Anziano

Città di Baveno

Via 17 Martiri, 33 - 28831 - Baveno (Verbania)

☎ 0323/924484/923549 - Fax 0323/922135 - P. IVA 00388490039

e mail: casadellanziano@libero.it / info.casadellanziano@libero.it

Ammissione n. ____/____ dal _____ cod. ospite _____ cod. _____ retta _____ n. biancheria _____

DOMANDA DI AMMISSIONE CASA DELL'ANZIANO - COMUNE DI BAVENO (VB)

**AL RESPONSABILE DEL SERVIZIO
CASA DELL'ANZIANO
COMUNE DI BAVENO (VB)**

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (prov. _____) il _____

residente a _____ (prov. _____)

in via _____ n. _____

telefono n. _____ stato civile _____

attività lavorativa precedente _____

CHIEDE

di essere ammesso/a presso la Casa dell'Anziano del Comune di Baveno

Distinti saluti.

Data _____

(firma)

❖ **A tal fine si allegano i seguenti documenti debitamente compilati:**

1. relazione assistente sociale del Comune di residenza (da richiedere da parte del richiedente);
2. certificato del medico curante;
3. dichiarazione di impegno al pagamento della retta e accettazione del regolamento firmata dal richiedente;

4. dichiarazione di impegno al pagamento della retta da parte dei familiari o del Comune di residenza;
5. recapito familiari o conoscenti;
6. formula di consenso per il trattamento dei dati sensibili.

Si rilasciano inoltre i seguenti allegati: A) Elenco corredo necessario al soggiorno
B) Elenco documenti da presentare in ufficio

**ALLEGATO N. 2 ALLA DOMANDA DI AMMISSIONE
CASA DELL'ANZIANO COMUNE DI BAVENO**

CERTIFICATO MEDICO

Esito della visita medica effettuata
al/alla sig./sig.ra _____

nato/a _____ il _____

ANAMNESI

patologia remota

patologia prossima _____

ESAME OGGETTIVO

Condizioni generali (cute, tess. linfoghiandolare, tessuto adiposo, muscoli, ossa, articolazioni): _____

Apparato circolatorio: _____

Apparato digerente: _____

Apparato urogenitale:

Sistema nervoso:

➤ **MOBILITA':**

cammina autonomamente senza aiuto

cammina con ausili

➤ **ORGANI SENSORIALI** (udito e vista)

Normali

Deficit correggibili con aiuto di protesi e/o occhiali

Grave deficit non correggibili

➤ **CONTROLLO SFINTERICO**

Presente

Incontinenza urinaria episodica

Incontinenza urinaria permanente

Incontinenza totale (vescicale e anale)

➤ **ALIMENTAZIONE**

Normale

Dieta particolare

da specificare: _____

Diabete

terapia orale

Insulino dipendente

CONCLUSIONI:

Si dichiara che il/la sig./sig.ra _____
è idoneo/a a essere ammesso/a in struttura assistenziale non sanitaria in quanto al
momento le condizioni generali di salute lo consentono.

Data, _____

IL MEDICO

**ALLEGATO N. 3 ALLA DOMANDA DI AMMISSIONE
CASA DELL'ANZIANO COMUNE DI BAVENO**

**DICHIARAZIONE DI IMPEGNO AL PAGAMENTO DELLA RETTA
E ACCETTAZIONE DEL REGOLAMENTO INTERNO**

l/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente a _____ in Via _____

SI IMPEGNA AL PAGAMENTO DELLA RETTA MENSILE DI

EURO _____

così come fissata e annualmente aggiornata dall' Amministrazione Comunale per il
soggiorno presso Casa dell'Anziano del Comune di Baveno.

Il pagamento avverrà in via anticipata entro il giorno **5 di ogni mese mediante versamento sul conto corrente postale n. 11968286 intestato a Casa dell'Anziano – servizio tesoreria.**

❖ **PER IL PAGAMENTO SPECIFICARE QUANTO SEGUE:**

Il relativo bollettino di conto corrente postale dovrà essere spedito:

al/la sig./sig.ra _____

al seguente indirizzo _____

(per eventuali addebiti in banca presentarsi c/o l' ufficio amministrativo della struttura per la compilazione della relativa delega)

Inoltre dichiara di aver preso visione del Regolamento interno della struttura e di accettarlo in ogni sua parte.

Data, _____

Il Richiedente

**ALLEGATO N. 4 ALLA DOMANDA DI AMMISSIONE
CASA DELL'ANZIANO COMUNE DI BAVENO**

**DICHIARAZIONE DI IMPEGNO AL PAGAMENTO DELLA RETTA DA PARTE DEI FAMILIARI
TENUTI PER LEGGE (C.C. ART.433) O DEL COMUNE DI RESIDENZA**

Il/la sottoscritto/a _____

Codice fiscale _____

residente a _____ in via _____

telefono _____ con relazione di parentela _____

del sig. _____;

* * * * *

Il/la sottoscritto/a _____

Codice fiscale _____

residente a _____ in via _____

telefono _____ con relazione di parentela _____

del sig. _____;

SI IMPEGNA/SI IMPEGNANO

al pagamento della retta per il soggiorno presso la Casa dell'Anziano del Comune di Baveno del sig. _____, qualora lo stesso non sia in grado con redditi propri di provvedere al pagamento di quanto dovuto.

Si dichiara altresì che venendo meno all'impegno assunto con la presente il/i sottoscritto/i si assoggetterà all'applicazione della procedura coattiva, stabilita dalla legge, rinunciando fin da ora a ogni opposizione.

Data _____

Firma dei familiari _____

Firma del funzionario del Comune di residenza
qualora non ci siano familiari tenuti per legge _____

ALLEGATO N. 5 ALLA DOMANDA DI AMMISSIONE CASA DELL'ANZIANO COMUNE DI BAVENO

RECAPITO FAMILIARI O CONOSCENTI
--

❖ **COGNOME E NOME** _____

Relazione di parentela _____

residente a _____ (prov.) in via _____

telefono _____ cell. _____

❖ **COGNOME E NOME** _____

Relazione di parentela _____

residente a _____ (prov.) in via _____

telefono _____ cell. _____

❖ **COGNOME E NOME** _____

Relazione di parentela _____

residente a _____ (prov.) in via _____

telefono _____ cell. _____

❖ **COGNOME E NOME** _____

Relazione di parentela _____

residente a _____ (prov.) in via _____

telefono _____ cell. _____

❖ **COGNOME E NOME** _____

Relazione di parentela _____

residente a _____ (prov.) in via _____

telefono _____ cell. _____

**ALLEGATO N. 6 ALLA DOMANDA DI AMMISSIONE
CASA DELL'ANZIANO COMUNE DI BAVENO**

INFORMATIVA ART. 10 LEGGE 675/96

Gentile signora/Egregio signore,
desideriamo informarla che la legge n. 675/96 prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Secondo la legge indicata tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e tutelando la Sua riservatezza e i Suoi diritti.

Ai sensi dell'art. 10 della legge predetta Le forniamo alcune informazioni:

1. Il trattamento dei dati che intendiamo effettuare:
 - a. è diretto esclusivamente all'espletamento da parte dell'Istituzione delle proprie finalità, attinenti all'esercizio dell'attività di assistenza alle persone anziane e di quelle connesse;
 - b. sarà effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati e può consistere in qualunque operazione o complesso di operazioni tra quelle indicate all'art. 1 comma 2 lett. b) della legge;
2. i dati non saranno comunicati ad altri soggetti, se non chiedendole espressamente il consenso.
3. I dati potranno essere comunicati, per le finalità di cui al punto 1a) all'Asl di competenza, alla Regione e alle pubbliche amministrazioni ai sensi di legge, nonché a terzi per la fornitura di sistemi informatici o di servizi di archiviazione.

4. I dati personali non sono soggetti a diffusione.
5. I dati personali possono essere trasferiti all'estero, sempre per le medesime finalità di cui al punto 1a).
6. Il conferimento dei dati personali è facoltativo, salvo che sia richiesto da specifiche normative.
7. L'eventuale rifiuto a rispondere può provocare l'impossibilità di svolgere l'attività specifica dell'ente in relazione al contratto stipulato.

Ai fini sopra indicati dovremo anche raccogliere e trattare dati personali rientranti nel novero dei dati "sensibili" di cui all'art. 22 della legge, vale a dire dati idonei a rivelare lo stato di salute. Tali dati possono essere oggetto di trattamento solo con il consenso scritto dell'interessato e previa autorizzazione del Garante per la protezione dei dati.

Il trattamento che andremo a compiere riguardo tali dati ha la seguente finalità:

* tutelare lo stato di salute dell'interessato in relazione alle finalità istituzionali dell'Ente.

FORMULA DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Il /La sottoscritto/a, acquisite le informazioni di cui all'art. 10 della legge 675/96, ai sensi dell'art. 11, 20, 22 della legge stessa, acconsente al trattamento dei propri dati personali, nei limiti e con le modalità specificate nell'informativa di cui sopra e si impegna inoltre a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni dei dati.

Luogo _____ Data _____

Nome _____ Cognome _____

FIRMA LEGGIBILE _____

ALLEGATO A) ALLA DOMANDA DI AMMISSIONE

ELENCO CORREDO NECESSARIO SOGGIORNO C/O CASA DELL'ANZIANO DI BAVENO
--

OSPITE _____

N. BIANCHERIA ASSEGNATO

(CONTRASSEGNARE TUTTI GLI INDUMENTI)

QUANTITA'	DESCRIZIONE	NOTE
N. 3	PIGIAMA O CAMICIA DA NOTTE	ADEGUATE ALLA STAGIONE
N. 7	CALZE O CALZINI CON ELASTICO MORBIDO	POSSIBILMENTE NO COLLANT
N. 1	CIABATTE O PANTOFOLE CHIUSE	ADEGUATE ALLA STAGIONE
MINIMO N. 2 PAIA	SCARPE	ADEGUATE ALLA STAGIONE
N. 7	MUTANDE	
N. 5	MAGLIE INTIME	
N. 3	REGGISENI	A PIACERE
A PIACERE	CARDIGAN O MAGLIONI	POSSIBILMENTE MISTO LANA
N. 1	VESTAGLIA DA CAMERA	

N. 10	FAZZOLETTI	PREFERIBILM. FAZZOLETTI CARTA
A PIACERE	TELI BAGNO + ASCIUGAMANI MEDI E BIDET	NON SONO NECESSARI
	SAPONE LIQUIDO + COLONIA	SECONDO NECESSITA' PERSONALI
	SPAZZOLA CAPELLI O PETTINE	“ “
	DENTRIFICIO + SPAZZOLINO DENTI	“ “
PER GLI UTENTI PROVVISI DI PROTESI DENTARIA: POLIDENT + CONTENITORE PROTESI		
	SET DA BARBA	
N. 1 BUSTA IGIENICA	PER EVENTUALI RICOVERI OSPEDAL.	
N. 1 BORSA DA VIAGGIO	PER EVENTUALI RICOVERI OSPEDAL.	
MINIMO N. 3 CAPI MASSIMO N. 5 CAPI	ABBIGLIAMENTO ESTERNO A PIACERE	ADEGUATO ALLA STAGIONE
OPPURE PER OSPITI CON DIFFICOLTA' MOTORIE:		
N. 3 TUTE DA GINNAST.	COMODE, APERTE DAVANTI (EVENTUALM. CON MAGLIETTE TIPO POLO)	

- SE L'OSPITE FA' USO DI PANNOLONI, SI PREGA DI INSERIRLI NELLA DOTAZIONE DA CONSEGNARE AGLI OPERATORI ALL'INGRESSO SEGNALANDO IN DIREZIONE LA NECESSITA' DELCAMBIO INDIRIZZO;
- SE L'OSPITE E' DOTATO DI AUSILI, SI PREGA DI PORTARLI CON SE' AL MOMENTO DELL'INGRESSO;
- SI CONSIGLIA INOLTRE DI NON TENERE OGGETTI DI VALORE IN CAMERA E SOLO SOLDI DI PICCOLO TAGLIO PER LE NECESSITA' QUOTIDIANE.

LA CASA DELL'ANZIANO NON SI ASSUME ALCUNA RESPONSABILITA' PER EVENTUALI AMMANCHI DI DENARO O ALTRI OGGETTI DI VALORE.

ALLEGATO B) ALLA DOMANDA DI AMMISSIONE

ELENCO DOCUMENTI DA PRESENTARE IN UFFICIO AMMINISTRATIVO

PRIMA DELL'AMMISSIONE:

- ❖ DOMANDA DI AMMISSIONE E RELATIVI ALLEGATI

PRIMA DELL'INGRESSO:

❖ IN ORIGINALE:

- CARTA IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'
- TESSERA SANITARIA
- ESENZIONE TICKET

❖ IN FOTOCOPIA:

- CODICE FISCALE
- VERBALE D'INVALIDITA' (OPPURE DOMANDA IN CORSO)
- DOCUMENTAZIONE MEDICA DI PRECEDENTI RICOVERI O VISITE