



CITTÀ DI BAVENO
Provincia del Verbano Cusio Ossola
CASA DELL'ANZIANO

AL Responsabile Casa dell'Anziano
" Chiara Mattazzi"
Comune di Baveno

DOMANDA DI INGRESSO IN RESIDENZA ASSISTENZIALE " Chiara Mattazzi"

Dati dell'interessato:
Cognome..... Nome..... Sesso <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Stato civile Data di nascita Luogo di nascita Provincia..... Residenza in via n. Comune..... Prov. C.A.P. Recapito telefonico..... Domicilio (solo se diverso dalla residenza) Carta d'identità (allegare copia) Amministratore di Sostegno: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tutore: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tipo di pensione/i: Tipo di invalidità:..... % di invalidità civile:..... Indennità di accompagnamento: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Esenzione ticket sanitario per: Pratiche in corso per: <p style="text-align: center;">CHIEDE L'INGRESSO IN R.A. (Casa di Riposo)</p> <input type="checkbox"/> In via temporanea dal al <input type="checkbox"/> In via definitiva
Persona di riferimento per la presentazione della domanda:
Rapporto di parentela o giuridico..... Cognome..... Nome Data di nascita..... Luogo di nascitaProv..... Residenza in via.....n. Comune Prov.....C.A.P. Recapito telefonico..... Recapito e- mail Carta identità (allegare copia) Codice fiscale (allegare copia).....
Sono parte integrante della presente domanda:
1. relazione sociale (da richiedere a cura dell'interessato al servizio sociale territoriale) 2. la scheda sanitaria (All. a) a cura del MMG 3. eventuale verbale di riconoscimento dell'invalidità civile 4. eventuale atto di nomina dell'Amministratore di Sostegno / Tutore (o copia dell'istanza presentata) 5. dichiarazione impegno al pagamento della retta (All. b). Eventuale altra documentazione potrà essere richiesta dall'Ente in caso di accoglimento della domanda.
Ai sensi del d.p.r. nr.445/00 le dichiarazioni mendaci contenute nella presente saranno perseguibili in base alla normativa vigente.
Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'allegata informativa privacy ed esprimere il proprio consenso. In mancanza del consenso al trattamento dei dati, l'Ente preposto sarà impossibilitato ad erogare le prestazioni/servizi richiesti e ad adempiere agli obblighi previsti dalla legge.

Luogo e Data: _____

FIRMA _____



CITTÀ DI BAVENO
Provincia del Verbano Cusio Ossola
CASA DELL'ANZIANO

Allegato a) DOMANDA DI INGRESSO IN RESIDENZA ASSISTENZIALE " Chiara Mattazzi"

SCHEDA SANITARIA

(compilazione a cura del Medico di Medicina Generale)

NOME E COGNOME DELL'INTERESSATO _____

luogo e data di nascita _____ c.f. _____

residente a _____ Via _____

Patologie attive:
Anamnesi patologica remota:
Indicare le fragilità, criticità, motivazioni cliniche che rendono necessario l'ingresso in struttura residenziale assistenziale:
Apparato urogenitale:
Mobilità, igiene, alimentazione (barrare tutte le voci di interesse)
Mobilità : 1 Deambulazione autonoma 2 Deambulazione con ausili 3 Deambulazione con ausili ma necessità di supervisione/ assistenza
Igiene personale: 1 Totale indipendenza 2 In grado di provvedere alla cura della propria persona ma necessita di supervisione nell'esecuzione delle attività 3 Necessita di predisposizione/ supporto nelle prestazioni di igiene personale
Alimentazione: 1 Totale indipendenza 2 Indipendente nel mangiare, ma necessita di aiuto nelle operazione quali: tagliarsi la carne, aprire confezioni.... 3 Riesce ad alimentarsi sotto supervisione - l'assistenza e limitata ai gesti più complicati.

COGNITIVITA' (barrare tutte le voci di interesse)			
Confusione (stato mentale)			
1 E' perfettamente lucido e orientato nel tempo e nello spazio			
2 Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nel tempo e nello spazio			
3 Occasionalmente confuso e/o disorientato			
Irritabilità/ Irrequietezza (stato comportamentale)			
1 Non mostra segni di irritabilità ed irrequietezza motoria .			
2 Mostra ogni tanto segni di irritabilità a seguito di stimoli esterni.			
3 Appare chiaramente irrequieto, non riesce a stare seduto, si muove continuamente, si alza in piedi durante la conversazione, toccando in continuazione vari oggetti			
Ricoveri ospedalieri recenti: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI			
Se si specificare _____			

Reattività emotiva/Disturbi del comportamento			
<input type="checkbox"/> E' estraniato dal mondo circostante <input type="checkbox"/> Deliri <input type="checkbox"/> Aggressività <input type="checkbox"/> Allucinazioni <input type="checkbox"/> Tentativi di fuga <input type="checkbox"/> Irrequietezza motoria (<i>wandering, affaccendamento,...</i>) <input type="checkbox"/> Depressione <input type="checkbox"/> Disinibizione <input type="checkbox"/> Stato ansioso <input type="checkbox"/> Agitazione con spunti aggressivi			
Incontinenza			
Urinaria:			
<input type="checkbox"/> assente <input type="checkbox"/> occasionale <input type="checkbox"/> abituale <input type="checkbox"/> usa ausili			
Fecale:			
<input type="checkbox"/> assente <input type="checkbox"/> occasionale <input type="checkbox"/> abituale <input type="checkbox"/> usa ausili			
Terapia in atto (specificare se terapia: orale , iniettiva, sottocutanea, insulinica)			
<i>principio attivo</i>	<i>Posologia</i>	<i>Durata</i>	<i>note</i>
Autonomie strumentali	autonomo	assistito	dipendente
<i>Uso del telefono</i>			
<i>Uso del denaro</i>			
<i>Uscite dalla struttura</i>			
<i>Assunzione farmaci</i>			

CONCLUSIONE AI FINI DELL'AMMISSIONE:

Ritengo che l' anzian... non necessita di particolari cure igieniche, dietetiche e sanitarie.
 Dichiaro che l' anzian... **è/non è** in buone condizioni fisico-psichiche e pertanto idoneo all'inserimento in struttura residenziale assistenziale.

Luogo e data

In fede
 IL MEDICO
 (timbro e firma)

N.B.: Il presente certificato, che sarà parte integrante della cartella personale dell'assistito, è valido soltanto se compilato per intero con firma ed indirizzo del medico leggibili.



CITTÀ DI BAVENO

Provincia del Verbano Cusio Ossola

CASA DELL'ANZIANO

***Allegato B) DICHIARAZIONE DI IMPEGNO AL PAGAMENTO DELLA RETTA E ACCETTAZIONE DEL REGOLAMENTO INTERNO
DA PARTE DELL'OSPITE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO/TUTORE***

I/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 avviso di pagamento pago PA.**
- Il relativo avviso dovrà essere recapitato a _____

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

Data, _____

Il Richiedente

***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/la sig./ra _____;

* * * * *

Il/la sottoscritto/a _____

Codice fiscale _____

residente a _____ in via _____

telefono _____ con relazione di parentela _____

del/la sig./ra _____;

SI IMPEGNA/SI IMPEGNANO

al pagamento della retta per il soggiorno presso la Casa dell'Anziano del Comune di Baveno del/la sig./ra _____, qualora lo/la stesso/a 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/assoggetteranno 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 _____