

Al Signor Sindaco/Presidente Residenza Protetta  
del Comune di \_\_\_\_\_

Alla Segreteria delle Cure Domiciliari  
Via del Glorioso, 8  
62027 - SAN SEVERINO MARCHE

\_\_\_\_\_ L \_\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
in qualità di:

- Persona anziana richiedente l'ingresso in struttura residenziale  
 Familiare dell'anziano

***PRESENTA DOMANDA DI INSERIMENTO IN CASA DI RIPOSO-RESIDENZA  
PROTETTA***

1. Presso la struttura di \_\_\_\_\_
2. Presso una qualsiasi struttura del distretto (in caso di rinuncia sceglie di rimanere in  
graduatoria unicamente per la struttura di \_\_\_\_\_)

per il Sig./la Sig.ra \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

Si impegna al pagamento della retta giornaliera di ricovero.

Distinti saluti.

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

Firma  
\_\_\_\_\_

**Allegati:**

- Domanda di attivazione al sistema delle cure domiciliari redatta dal MMG;
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante la situazione socio-economica della persona anziana che richiede l'ingresso in struttura;
- Certificazione ISBB del nucleo familiare della persona anziana;
- Copia di documento di riconoscimento in corso di validità del dichiarante;

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Da produrre agli organi della Pubblica Amministrazione o ai gestori di pubblici servizi

Il/la sottoscritto/a.....nato/a a .....

il..... con residenza anagrafica nel Comune di .....

Via ....., n.....

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000

In qualità di:

- Persona anziana richiedente l'ingresso in struttura residenziale
- Familiare dell'anziano

## DICHIARA

Per il Sig./la Sig.ra \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

### A. SITUAZIONE FAMILIARE E DI INTEGRAZIONE SOCIALE

1. Vive solo/a  con il coniuge  con i figli  con altri

#### 2. RAPPORTI CON I FAMILIARI:

| GRADO DI PARENTELA | Quotidiani | Frequenti | Saltuari | Inesistenti |
|--------------------|------------|-----------|----------|-------------|
|                    |            |           |          |             |
|                    |            |           |          |             |
|                    |            |           |          |             |
|                    |            |           |          |             |
|                    |            |           |          |             |

#### 3. RAPPORTI CON AMICI E VICINATO:

ottimi  buoni  sufficienti  carenti  conflittuali

#### 4. COME TRASCORRE LA GIORNATA (attività prevalenti):

TV  piccole occupazioni familiari  hobbies  cinema o teatro  circoli o bar

Parrocchia  lavori domestici  letto/poltrona  altro

Spazio riservato all'ufficio

## B. SITUAZIONE ASSISTENZIALE

### 1. TIPO DI SOSTEGNO IN ATTO

| DA PARTE DI (indicare il soggetto che eroga l'intervento assistenziale: familiari, comune, ASUR, volontariato, assistente privato, ecc.) | TIPOLOGIA | FREQUENZA |
|--|-----------|-----------|
|  |           |           |
|  |           |           |
|  |           |           |
|  |           |           |
|  |           |           |

### 2. SE HA BISOGNO DI AIUTO PUO' RICORRERE A:

coniuge  parenti  vicini/amici  figli  volontariato  personale retribuito

### 3. BISOGNI SOCIOASSISTENZIALI:

assistenza domiciliare domestica (SAD)  soluzione abitativa  pasti a domicilio   
contributo economico  servizio lavanderia  segretariato sociale  telecontrollo   
compagnia  mensa  altro (specificare)  .....

### 4. SERVIZI DI CUI USUFRUISCE:

assistenza domiciliare domestica (SAD)  assistenza domiciliare integrata (ADI)   
servizio di trasporto facilitato anziani (taxi sociale)  assegno di cura   
altro (specificare)  .....

Spazio riservato all'ufficio

### C. SITUAZIONE ABITATIVA

1. TITOLO DI GODIMENTO DELL'ABITAZIONE:

proprietà  affitto  canone mensile € ..... altro (specificare)  .....

2. LOCALIZZAZIONE:

casa isolata  gruppo di case  centro storico  periferia  frazione

3. SERVIZI DI TRASPORTO:

sufficienti  insufficienti   
accessibili  non accessibili

4. PIANO DELL'ABITAZIONE:

terra  1°  2°  3°  4°  5°  superiore al 5°

5. Ascensore                                  sì                                   no

6. Ha una stanza propria    sì                                      no                                 

7. Riscaldamento:    termosifoni                                      stufe                                   altro                                   no

8. Servizi igienici:

interni con bagno o doccia     interni senza bagno o doccia                                   esterni

9. Telefono:                                  sì                                   no

10. Barriere architettoniche:

INTERNE    sì                                   no

ESTERNE    sì                                   no

Spazio riservato all'ufficio

D. SITUAZIONE ECONOMICA

1. Indicatore Situazione Economica Equivalente (ISEE) riferita all'ultima dichiarazione dei redditi presentata: € .....

2. Percepisce indennità di accompagnamento:      sì     no

Letto, confermato e sottoscritto,

IL/LA DICHIARANTE

..... Il, .....

.....

-----  
Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445 del 28.12.2000, la dichiarazione è

sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto *oppure*

sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

-----  
Dichiaro altresì di essere informato, giusta art. 13 del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

Spazio riservato all'ufficio

DICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 16 DELLA CONVENZIONE  
ASUR/RP  
ANNO 2022

Sig.ra \_\_\_\_\_

Con la presente si informa la S.V. che la tariffa giornaliera a carico dell'ospite per l'anno 2022 presso la Residenza Protetta di Matelica è di € 41,42 e comprende le seguenti prestazioni:

Prestazioni assistenziali

- assistenza infermieristica 20';
- assistenza O.S.S. 80';

La tariffa di riferimento a carico dell'ospite non autosufficiente che comprende tutti i servizi generali di vitto e alloggio è pari ad € 33,00

Prestazioni, interventi fuori dai requisiti di accreditamento e/o erogate su richiesta del paziente, aggiuntive alla tariffa base:

| TIPOLOGIA PRESTAZIONI   | DESCRIZIONI PRESTAZIONE                            | VALORIZZAZIONE IN € AL GIORNO |                       |
|-------------------------|--|-------------------------------|-----------------------|
| Personale sanitario     | Infermiere:  |                               | <input type="radio"/> |
| Personale assistenziale | OSS: 8'  | € 2,69                        | <input type="radio"/> |
| Alloggio                | Camera singola                                     | € 4,07                        | <input type="radio"/> |
| Altro                   | Podologa, barbiera, educatore, parrucchiera ecc... | € 5,73                        | <input type="radio"/> |

Firma dell'ospite per  
presa visione e accettazione

Matelica, \_\_\_\_\_

| FONDAZIONE TOMMASO DE LUCA - ENRICO MATTEI -        |
|---|
| ELENCO INDUMENTI PERSONALI ALL' INGRESSO            |
| n° GUARDAROBA _____                                 |
| INDUMENTI PERSONALI -                               |
| DESCRIZIONE   |
| N.4 MUTANDE BIANCHE PURO COTONE                     |
| N.4 CANOTTIERE BIANCHE PURO COTONE O COTONE FELPATO |
| N.4 MAGLIE COTONE FELPATO                           |
| N.4 TUTE  |
| N.4 CAMICIE O MAGLIETTE                             |
| N.4 PAIA DI CALZINI                                 |
| N.3 BAVAGLINI                                       |
| N.3 PIGIAMI O CAMICE DA NOTTE                       |

IMPORTANTE:ENTRO 20 GIORNI DALL'INGRESSO IN STRUTTURA L'OSPITE DOVRA' SPOSTARE LA PROPRIA RESIDENZA IN CASA DI RIPOSO COME PREVISTO DALLE NORMATIVE VIGENTI.

- BORSONE CONTENENTE INDUMENTI INTIMI PER EVENTUALI RICOVERI D'URGENZA (PIGIAMA, POSATE, TAZZA, BICCHIERE ED ASCIUGAMANO)
- TESSERA SANITARIA
- DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO NON SCADUTO
- COPIA DEL VERBALE DI INVALIDITA' O COPIA DELLA DOMANDA PER IL RICONOSCIMENTO DELL'INVALIDITA'
- AUTORIZZAZIONE PANNOLONI
- DOCUMENTAZIONE CLINICA (visite specialistiche, analisi, accessi in pronto soccorso e ricoveri)
- TERAPIA AGGIORNATA E FIRMATA DAL MEDICO CURANTE CON LA SPECIFICA DELLA POSOLOGIA
- DEPOSITO MEDICINALI 100 EURO (COMPRESO DEPOSITO PER C.R.I.)
- VERSAMENTO UNA TANTUM DI € 50,00 PER ACQUISTO LENZUOLI ED ASCIUGAMANI BIANCHI

SI PREGA DI CONSEGNARE IBAN PER EVENTUALI RIMBORSI IN CASO DI RICOVERO ED ALTRO

OGNI CAPO DEVE ESSERE CONTRASSEGNA TO CON IL NUMERO ASSEGNATO ;  
EVENTUALI INTEGRAZIONI DEL CORREDO DOVRANNO ESSERE CONSEGNATE AL SERVIZIO LAVANDERIA

**NON RISPONDIAMO DELLO SMARRIMENTO DI OGGETTI  
DI VALORE, DENARO E PROTESI DENTARIE**

**IBAN IT92T 08765 69150 00000 00701 69 IN CUI VERSARE LA RETTA**

EMAIL :fondazione@casadiriposomatelica.it

## **PANDEMIA DA COV-SARS-2**

**In considerazione dell'emergenza nazionale da coronavirus, la nostra struttura ha adottato, in ottemperanza ai dpcm ed alle direttive Asur, dei protocolli per la gestione della pandemia compresi i patti di condivisione con i familiari per la gestione delle visite agli ospiti.**