Al Signor Sindaco/Presidente Residenza Protetta
del Comune di _____

Alla Segreteria delle Cure Domiciliari
Distretto di Camerino
Via del Glorioso, 8
62027 – SAN SEVERINO MARCHE

__L__ sottoscritt__ _____ nat__ a _____ il _____ residente a _____ in via _____ n. _____ telefono _____ mail _____

in qualità di:

- ☐ Persona richiedente l'ingresso in struttura residenziale
- ☐ Familiare del richiedente (grado di parentela _____)
- ☐ Altro (specificare _____)

PRESENTA DOMANDA DI INSERIMENTO IN CASA DI RIPOSO-RESIDENZA PROTETTA ANZIANI – RESIDENZA PROTETTA DEMENZA

1. Presso la struttura di _____
2. Presso una qualsiasi struttura convenzionata del distretto di Camerino

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

Distinti saluti.

_____, lì _____

Firma

_____

Allegati:
- Domanda di attivazione al sistema delle cure domiciliari redatta dal MMG;
- Dichiarazione sostituiva dell'atto di notorietà attestante la situazione socio-economica della persona richiedente l'ingresso in struttura;
- Certificazione ISEE del nucleo familiare della persona richiedente;
- Copia di documento di riconoscimento in corso di validità del dichiarante.

La domanda può essere inviata per mail all'indirizzo cotssm.ast.mc@sanita.marche.it

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/l.a 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. Percepisco indennità di accompagnamento: sì ☐ no ☐

Letto, confermato e sottoscritto.

IL/LA DICHIARANTE

..... lì, ...

.....

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:		o
Personale assistenziale	OSS: 8'	€ 2,69	o
Alloggio	Camera singola	€ 4,07	o
Altro	Pedologa, barbiera, educatore, parrucchiera ecc...	€ 5,73	o

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 CONTRASSEGNATO 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.