



ACCETTAZIONE E MODALITA' DI INGRESSO

Per l'accoglienza dell'ospite in R.S.A. è necessario inoltrare domanda di ospitalità, sulla modulistica qui di seguito allegata, compilata in tutte le sue parti e corredata dalla documentazione sanitaria e amministrativa richiesta. L'Ufficio Accoglienza e Relazioni con il Pubblico, presso il quale va consegnata, risconterà la correttezza e completezza, provvederà a fissare un appuntamento con il Responsabile Sanitario, il quale, in sede di colloquio, valuterà l'idoneità del soggetto all'ingresso in R.S.A. Prima di emettere giudizio di idoneità per l'ingresso, può richiedere, qualora si ritenessero necessari, ulteriori accertamenti (visite mediche ed esami di laboratorio). L'idoneità all'ingresso viene comunicata immediatamente, con contestuale inserimento in lista d'attesa.

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA DI OSPITALITA'

DOCUMENTAZIONE SANITARIA

- Compilazione da parte del medico curante o dell'ospedale della Scheda Socio Sanitaria allegata;
- Documentazione sanitaria recente e rilevante (referti di visite specialistiche, di ricoveri, etc...)
- Esami di laboratorio di data non anteriore ai 6 mesi:

Emocromo con formula	Creatininemia	AST, ALT, gamma GT	VDRL, TPHA
VES	Uricemia	Fosfatasi Alcalina	HbsAg, HbsAb, HCV Ab
PCR	Elettroliti plasmatici	Folati	Esame completo delle urine
Glicemia	(Na, K, Cl, Calcemia)	Vitamina B12	(se le condizioni lo
Azotemia	Elettroforesi proteica	FT3, FT4, TSH	permettono)

DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA

- Fotocopia tessera sanitaria;
- Fotocopia esenzione ticket;
- Fotocopia codice fiscale;
- Fotocopia carta d'identità (in corso di validità);
- Autocertificazione di residenza;
- Fotografia formato tessera;
- Fotocopia verbale di invalidità e legge n. 104/92;
- Documentazione del tribunale se presente amministratore di sostegno/curatore/tutore;
- Fotocopia carta d'identità e codice fiscale della persona obbligata (in corso di validità);
- Fotocopia certificato vaccinale Covid_19 e Green Pass

RETTE DI RICOVERO IN VIGORE DAL 23 FEBBRAIO 2017

La retta dovuta dall'ospite in **camera doppia o tripla**, sia per i posti letto autorizzati che accreditati, sino a modifica, ammonta a:

Residenti a Cinisello Balsamo€ 68,00 giornaliera*
Residenti altri comuni della Lombardia.....€ 70,00 giornaliera*

La retta dovuta dall'ospite in **camera singola**, sia per i posti letto autorizzati che accreditati, sino a modifica, ammonta a:

Residenti a Cinisello Balsamo€ 76,00 giornaliera*
Residenti altri comuni della Lombardia.....€ 79,00 giornaliera*

La retta deve essere versata anticipatamente entro il giorno 15 di ogni mese mediante SDD.

Al momento dell'ingresso la persona obbligata per l'ospite è tenuta a versare, a titolo di deposito cauzionale, l'importo di una retta mensile (31 giorni), con bonifico bancario o POS (Bancomat e/o Carta di Credito), quale fondo cauzionale infruttifero. Previo controllo della situazione contabile, tale deposito verrà restituito alla risoluzione del rapporto di ospitalità, contestualmente alla quota di retta per i giorni non usufruiti.



MODALITA' DI FUNZIONAMENTO DEL SERVIZIO LAVANDERIA

Tutti i capi di abbigliamento dell'ospite sono identificati da un numero personale e da un microchip.

Il **numero personale**, che viene comunicato dall'Ufficio Accoglienza al momento dell'ingresso in struttura, deve essere **cucito su tutti i capi di abbigliamento** dell'ospite a cura dei familiari.

NON VERRANNO ACCETTATI INDUMENTI NUMERATI CON PENNARELLI E NUMERI ADESIVI.

Il servizio di lavanderia provvede all'applicazione dei microchip, simili ad un bottone bianco. I **microchip** non devono essere spostati da un indumento all'altro e nel caso di sostituzione dei capi di abbigliamento, **devono essere staccati dall'OSS referente**. La gestione dei capi è affidata esclusivamente alla lavanderia interna. **È consigliato non portare capi delicati e costosi** che, in caso contrario dovranno essere lavati direttamente dai familiari. In questi casi non è previsto alcun rimborso in caso di smarrimento e usura del capo.

All'atto dell'ingresso, la persona di riferimento dell'ospite deve consegnare alla Oss referente del reparto il corredo, così da poter procedere all'applicazione del microchip.

Tutti i nuovi capi che, in un momento successivo, integrano il corredo degli ospiti devono essere consegnati tassativamente alle Oss referenti. Ai familiari, ogni volta, sarà rilasciato ricevuta di avvenuta consegna di nuovi capi per i quali si procede al posizionamento del microchip.

Qualora durante la degenza i capi vengano smarriti, gli eventuali rimborsi saranno valutati in funzione dello stato di usura del capo rilevabile attraverso il suddetto microchip, e sulla base di un tariffario fornito dalla lavanderia, e a disposizione, all'occorrenza, presso gli uffici.

L'ENTE NON RISPONDE DEI CAPI NON NUMERATI E MICROCHIPPATI CORRETTAMENTE E NON SEGNATI SULLA SCHEDA PERSONALE REDATTA AL MOMENTO DELL'INGRESSO.

Quantità	Descrizione	Quantità	Descrizione
5	Asciugamani viso	1	Berretto (Facoltativo)
10	Calze/Calzettoni (no collant)	2	Plaid
10	Mutande (solo per continenti)	1	Acqua di colonia/Profumo (Rinnovabile)
15	Magliette intime cotone	1	Spazzolino da denti (Rinnovabile)
8	Pigiama o camicie da notte o tutoni	1	Dentifricio (Rinnovabile)
2	Tute complete	1	Spazzola/Pettine (Rinnovabile)
8	Pantaloni della tuta	1	Crema idratante (Rinnovabile)
5	Golfini invernali	1	Confezione per pulizia della protesi dentaria (Rinnovabile)
5	Golfini di cotone	1	Collutorio (Facoltativo)
2	Scialle	1	Rasoio elettrico (per ospiti maschi)
12	Polo manica corta/lunga (non portare camicie con bottoni)	1	Fazzoletti di carta (Rinnovabile). Non saranno accettati i fazzoletti di stoffa.
1	Pantofole per doccia	5	Rasoio donna usa e getta (Facoltativo)

L'ENTE NON RISPONDE DEGLI OGGETTI LASCIATI INCUSTODITI.



OBBLIGHI ECONOMICI

Per quanto concerne il rapporto di ospitalità e gli obblighi economici derivanti dall'ospitalità presso l'Ente del/la Sig./ra _____ saranno assunti da:

Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____
Residente a _____ prov. _____
Via _____ n° _____
Tel. _____ Cell. _____
Documento n° _____ rilasciato da _____
C.F. _____ (allegare fotocopia documento e C.F.)

ospite

Sig./Sig.ra _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
Residente a _____ prov. _____
Via _____ n° _____
Tel. _____ Cell _____
Documento n° _____ rilasciato da _____
C.F. _____ (allegare fotocopia documento e C.F.)

parente

Email _____
In qualità di _____ (indicare stato di parentela)

Sig./Sig.ra _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
Residente a _____ prov. _____
Via _____ n° _____
Tel. _____ Cell _____
Documento n° _____ rilasciato da _____
C.F. _____ (allegare fotocopia documento e C.F.)

parente

Email _____
In qualità di _____ (indicare stato di parentela)

Con la firma del presente atto gli obbligati:

► dichiarano di aver preso visione della Carta dei Servizi allegata e accettano tutte le norme e disposizioni che disciplinano il rapporto di ospitalità di codesto Ente, e le relative condizioni economiche.

► si impegnano, dal momento in cui l'Ufficio Accoglienza comunica verbalmente ai famigliari il giorno dell'ingresso, e successivamente l'utente vi rinuncia, al pagamento della retta per i giorni in cui l'Ente ha tenuto a disposizione il posto letto, ovvero dal giorno in cui si era concordato l'ingresso a quello in cui era previsto.

Data _____

_____ Firma obbligato

_____ Firma ospite (*)

_____ Firma obbligato

(*) Se l'ospite non è in grado di firmare scrivere "IMPOSSIBILITATO ALLA FIRMA". Tutta la domanda di ospitalità dovrà essere firmata dalle persone obbligate.



ELENCO DEI PARENTI DA CONTATTARE

(compilazione a cura dell'ospite o dei famigliari/persona di riferimento)

NOME E COGNOME _____

INDIRIZZO _____

CAP _____ CITTA' _____ PROV. (____)

TEL _____ CELL _____

E-MAIL _____ GRADO DI PARENTELA _____

NOME E COGNOME _____

INDIRIZZO _____

CAP _____ CITTA' _____ PROV. (____)

TEL _____ CELL _____

E-MAIL _____ GRADO DI PARENTELA _____

NOME E COGNOME _____

INDIRIZZO _____

CAP _____ CITTA' _____ PROV. (____)

TEL _____ CELL _____

E-MAIL _____ GRADO DI PARENTELA _____

NOME E COGNOME _____

INDIRIZZO _____

CAP _____ CITTA' _____ PROV. (____)

TEL _____ CELL _____

E-MAIL _____ GRADO DI PARENTELA _____

RECAPITO MEDICO DI BASE Dott. _____

Tel. _____ Cell _____ Fax _____

E-mail _____ Altro _____



AUTOCERTIFICAZIONE DI RESIDENZA

(art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ prov _____ il _____

consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000),

DICHIARA DI ESSERE RESIDENTE

in (1) _____ (_____)
(comune di residenza) (provincia)

in via/piazza _____
(indirizzo e numero civico)

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

data _____

Firma del/la dichiarante (per esteso e leggibile)

Nel caso in cui il suddetto ospite sia impossibilitato alla firma la dichiarazione ai sensi di legge viene effettuata da:

Cognome, nome, grado di parentela (in stampatello)

Firma (per esteso e leggibile) _____

Esente da imposta di bollo ai sensi art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445.

(1) Indicare il Comune alla cui anagrafe l'interessato/a è iscritto/a.

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata assieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.



RICHIESTA DI DOMICILIAZIONE SANITARIA
C/O FONDAZIONE RICOVERO MARTINELLI ONLUS
(compilazione a cura dell'ospite o dei familiari/persone di riferimento)

Il/La sottoscritto/a _____ C.F. _____

CHIEDE LA DOMICILIAZIONE SANITARIA
C/o Dott. R.S.A. Fondazione Ricovero Martinelli Onlus
Cod. Struttura 36337
Via L. Vicuna, 2 – Cinisello Balsamo

Cinisello Balsamo, _____

Firma _____

Nel caso in cui l'ospite sia impossibilitato alla firma (*):

Cognome , nome e grado di parentela (in stampatello) _____

Firma _____

(*) Se l'ospite non è in grado di firmare scrivere "IMPOSSIBILITATO ALLA FIRMA". Tutta la domanda di ospitalità dovrà essere firmata da una delle persone obbligate.



DICHIARAZIONE PER ESEZIONE DAL PAGAMENTO DI TICKET

(D.G.R. n. 12287 del 4-3-2003 e successive integrazioni e modifiche)

Il sottoscritto _____ codice fiscale _____

consapevole che, a mente dell'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000, rilasciare dichiarazioni mendaci, formare atti falsi o farne uso nei casi previsti dal medesimo decreto costituisce condotta punibile ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia" (vedi note a piè di pagina) e assumendosi tutte le responsabilità civili e penali in caso di falsa dichiarazione e della decadenza da benefici eventualmente ottenuti, così come previsto dalle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa.

DICHIARA

- Di essere esente dal pagamento del ticket poiché in possesso dell'esenzione E01 o E04 rilasciata da Regione Lombardia o ASL (cittadini di età superiore a 65, e appartenenti a nucleo familiare fiscale con reddito lordo complessivo non superiore a 36.151,98 euro, riferito all'anno precedente);
- Di essere esente dal pagamento del ticket per invalidità civile/di guerra/di lavoro con percentuale di invalidità superiore ai 2/3, o con assegno di accompagnamento, o con indennità di frequenza, **in possesso dell'esenzione cartacea con relativo codice**;
- Di essere esente dal pagamento del ticket poiché in possesso dell'esenzione per ciechi e/o sordomuti di cui agli artt. 6 e 7 della Legge 482/68 ;
- Di non essere esente dal pagamento del ticket.

Cinisello Balsamo, _____

In fede _____
(Firma)

(*) Nel caso in cui l'ospite sia impossibilitato alla firma:

Cognome , nome e grado di parentela (in stampatello) _____

Firma _____

(*) Se l'ospite non è in grado di firmare scrivere "IMPOSSIBILITATO ALLA FIRMA". Tutta la domanda di ospitalità dovrà essere firmata da una delle persone obbligate.

- L'articolo 71 comma 1 del D.P.R. n. 445/2000 dispone "Le amministrazioni procedenti sono tenute ad effettuare idonei controlli, anche a campione, e in tutti i casi in cui sorgono fondati dubbi sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di cui agli articoli 46 (Dichiarazioni Sostitutive di Certificazioni) e 47 (Dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà)".

- L'articolo 76 commi 1, 2 e 3 del D.P.R. n. 445/2000 dispone: "1. Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia. 2. L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso. 3. Le dichiarazioni sostitutive rese ai sensi degli articoli 46 (Dichiarazioni Sostitutive di certificazioni) e 47 (Dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà) e le dichiarazioni rese per conto delle persone indicate nell'articolo 4, comma 2, sono considerate come atte a pubblico ufficiale."



CONSENSO DELL'UTENTE

Il sottoscritto _____ in qualità di:

- Interessato
- Rappresentante legale dell'interessato (amministratore di sostegno, tutore, curatore)

Nato a _____, il _____, C.F. _____, residente in _____,

dichiara

di aver ricevuto completa informativa ai sensi degli artt. 12, 13 e 14 del Reg. UE n. 679/2016, di averne compreso il contenuto ed esprime il consenso al trattamento dei dati personali, relativi alla salute e quelli necessari per le finalità e per la durata precisati nell'informativa.

Acconsente, inoltre, a che possa essere data informazione del proprio stato di salute a :

- Tutti coloro che lo richiedono
- Alle suddette persone che lo richiedono

-
-
-

Nessuno

Data _____

L'interessato o rappresentante legale

~~~~~

### CONSENSO DEL FAMILIARE DELL'UTENTE

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_  
fa presente che le condizioni psicofisiche attuali del signor/della signora \_\_\_\_\_  
non consentono di fornire una informativa diretta e, pertanto, dichiara:

di aver ricevuto completa informativa ai sensi degli artt. 12, 13 e 14 del Reg. UE n. 679/2016, di averne compreso il contenuto ed esprime il consenso al trattamento dei dati personali, relativi alla salute e quelli necessari per le finalità e per la durata precisati nell'informativa dell'utente.

**Acconsente,**

inoltre, a che possa essere data informazione della dello stato di salute dell'utente a :

- Tutti coloro che lo richiedono
- Alle suddette persone che lo richiedono

- 
- 
- 

Nessuno

Data \_\_\_\_\_

Il parente \_\_\_\_\_



### SCHEDA SOCIALE

(compilazione a cura dell'ospite o dei famigliari/persona di riferimento)

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Nata il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_

Stato civile \_\_\_\_\_ Attività svolta \_\_\_\_\_

#### SITUAZIONE ABITATIVA DOMICILIARE

Alloggio idoneo  Mancanza di alcuni servizi (es. bagno attrezzato)  Altro da segnalare \_\_\_\_\_

#### SITUAZIONE FAMILIARE

Vive solo  Vive con altri famigliari conviventi  Presenza di badante ( 24h \  Occasionale)  
 Altro da segnalare \_\_\_\_\_

#### NOTIZIE SULLA FAMIGLIA

Ha figli? \_\_\_\_\_ Quanti? \_\_\_\_\_ Come si chiamano? \_\_\_\_\_

Ha fratelli/sorelle? \_\_\_\_\_ Quanti? \_\_\_\_\_ Come si chiamano? \_\_\_\_\_

Ci sono altri parenti? \_\_\_\_\_

#### CONTATTI CON L'ESTERNO

Attivo e autonomo negli spostamenti  E' solito andare in ferie  Limitato alla situazione abitativa/famigliare  
 Isolamento  Altro da segnalare \_\_\_\_\_

#### ATTIVITA' DOMESTICHE

In casa, a quale attività si dedica maggiormente?  
 Nessuna  Lavori domestici  Cucina  Guarda la televisione  Parla con gli amici  Gioca a carte  
 Altro (ascolta la radio, lavora a maglia, ...) \_\_\_\_\_

#### SVOLGIMENTO DELLA GIORNATA (breve descrizione della giornata tipo):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### COME LE PIACEREBBE PASSARE IL TEMPO

Uscire, partecipando a spettacoli/incontri/mostre  Attività motoria  Attività manuali (ricamo, pittura, giardinaggio...)  
 Cantare, recitare  Altro (specificare) \_\_\_\_\_

Le piacerebbe trovare dei momenti nei quali poter parlare e relazionarsi liberamente con qualcuno che la sappia ascoltare?

Si  No

#### LA DOMANDA E' STATA INOLTATA PER:

Scelta  Necessità di assistenza  Necessità familiari

Data \_\_\_\_\_

Firma ospite (\*)

Firma obbligato

(\*) Se l'ospite non è in grado di firmare scrivere "IMPOSSIBILITATO ALLA FIRMA". Tutta la domanda di ospitalità dovrà essere firmata dalle persone obbligate.