

DOMANDA DI INGRESSO IN STRUTTURA RESIDENZIALE ANZIANI

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ (Prov. _____) il _____

Residente _____ (Prov. _____)

Via _____ n. _____ tel. _____

Da compilare nel caso di impedimento alla sottoscrizione o di rappresentanza legale (art.4 e 5 del DPR 445/2000)

In qualità di: _____ e come tale **Obbligato al pagamento delle spese e alla sottoscrizione del "contratto di ospitalità" (ove presente) per conto dell'ospite**

Sig./ra _____

Nato/a a _____ (Prov. _____) il _____

Residente a _____ (Prov. _____)

Via _____ n. _____ tel. _____

Motivo dell'impedimento: _____

CHIEDE

L'ammissione in: CASA RIPOSO

RESIDENZA PROTETTA

Struttura	Pref	Struttura	Pref
<input type="checkbox"/> Rossi&Battaglia - APIRO		<input type="checkbox"/> Opera Pia - MERGO	
<input type="checkbox"/> Fond. Opere Pie - BELVEDERE O.		<input type="checkbox"/> Casa riposo - MONTECAROTTO	
<input type="checkbox"/> Feltrati Filani - CINGOLI		<input type="checkbox"/> Casa Riposo - MORRO D'ALBA	
<input type="checkbox"/> Fond. G.Paolo II - CUPRAMONTANA		<input type="checkbox"/> Villa Celeste - ROSORA	
<input type="checkbox"/> Fond. Il Chiostro - FILOTTRANO		<input type="checkbox"/> O.P.Gregorini - SAN MARCELLO	
<input type="checkbox"/> Casa Riposo V.Emanuele II - JESI		<input type="checkbox"/> Casa Riposo - S.M.NUOVA	
<input type="checkbox"/> Collegio Pergolesi - JESI		<input type="checkbox"/> Casa Riposo - STAFFOLO	
<input type="checkbox"/> Fond. Spontini - MAIOLATI SPONTINI			

Indicare con numeri (1,2,3 etc.) le strutture prescelte in ordine decrescente di preferenza. La domanda deve essere consegnata presso la struttura indicata come prima opzione di scelta.

Retta a totale carico

Retta con integrazione (secondo quanto previsto dal Regolamento di ciascuna struttura)

Completare con gli allegati A - B - C

**INFORMATIVA AI SENSI DEGLI ART. 13-14 DEL GDPR 2016/679
(GENERAL DATA PROTECTION REGULATION)**

Gentile Signore/a, la presente informativa deve intendersi valida per tutte le strutture residenziali per anziani dell'Ambito 9/Zona Territoriale 5, secondo la normativa indicata il trattamento, relativo ai servizi erogati, sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti, pertanto ai sensi degli articoli 13 e 14 del GDPR 2016/679, le forniamo le seguenti informazioni:

Dati trattati e finalità del trattamento. Raccogliamo i seguenti dati: • dati personali identificativi: dati anagrafici e identificativi, di contatto e di pagamento: informazioni relative al nome, numero di telefono, residenza, informazioni relative al pagamento della quota parte del servizio; • dati personali sensibili (particolari): dati relativi allo stato di salute attinenti alla salute fisica o mentale passata, presente e futura, raccolti direttamente dai dipendenti dell'ASP in relazione alla richiesta del servizio erogato; • dati personali giudiziari: e cioè quelli che possono rivelare l'esistenza di determinati provvedimenti giudiziari soggetti ad iscrizione nel casellario giudiziale (ad esempio, i provvedimenti penali di condanna definitivi, la liberazione condizionale, il divieto od obbligo di soggiorno, le misure alternative alla detenzione) o la qualità di imputato o di indagato. Il trattamento dei suoi dati (ad es. registrazione, modifica, conservazione, cancellazione) e il suo consenso al trattamento degli stessi è condizione necessaria per una adeguata erogazione ed esecuzione di tutti i servizi erogati dall'ASP e per il corretto assolvimento degli adempimenti contabili/amministrativi.

Modalità del trattamento. Il trattamento dei dati sarà improntato nel pieno rispetto delle norme di legge, secondo i principi di correttezza, liceità e trasparenza e potrà essere effettuato utilizzando supporti cartacei e/o informatici/telematici idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza e comunque con l'utilizzo di idonee procedure che evitino il rischio di smarrimento, sottrazione, accesso non autorizzato, uso illecito, modifiche indesiderate e diffusione.

Natura obbligatoria o facoltativa del conferimento dei dati e conseguenze di un eventuale rifiuto a rispondere. Il conferimento dei dati è necessario. Il rifiuto o la mancata comunicazione dei dati o l'opposizione integrale/parziale al loro trattamento potrà comportare l'impossibilità di fornire i servizi richiesti.

Comunicazione dei dati a terzi (Destinatari dei dati). I dati saranno trattati dal Titolare, dai Responsabili del trattamento e da eventuali persone autorizzate al trattamento sotto la diretta responsabilità del Titolare o del Responsabile secondo apposite istruzioni. In particolare i dati potranno essere comunicati a soggetti terzi, quali ad esempio • Società/studi professionali che prestano attività di assistenza, consulenza o collaborazione nei nostri confronti in materia contabile, amministrativa, fiscale, legale, tributaria e finanziaria; • P.A. es. Comune, S.S.N., per lo svolgimento delle funzioni istituzionali; • Terzi fornitori di servizi (le Ditte aggiudicatrici di appalti) cui la comunicazione sia necessaria per l'adempimento delle prestazioni oggetto del contratto; • Istituti di Credito per l'erogazione di contributi di varia natura o nel caso in cui sia richiesta la compartecipazione dell'utente nel costo del servizio; • Distretto Sanitario e Unità Valutativa integrata competente per territorio per consentire le valutazioni delle domande d'ingresso nelle strutture residenziali e la redazione di un lista di attesa distrettuale. I dati potranno essere comunicati a seguito di ispezioni o verifiche, a organismi di vigilanza, autorità giudiziarie nonché a tutti gli altri soggetti ai quali la comunicazione sia obbligatoria per legge. I dati sensibili non verranno comunicati o diffusi a terzi per nessun motivo e saranno trattati necessariamente per il corretto adempimento dei compiti dell'Unità Operativa.

Trasferimento dei dati a Paesi terzi (al di fuori dell'Unione europea). In nessun caso si trasferirà i dati personali e sensibili ad un paese terzo o ad una organizzazione internazionale; tuttavia si riserva la possibilità di utilizzare servizi in cloud e in tal caso i fornitori dei servizi saranno selezionati tra coloro che forniscono garanzie adeguate, così come previsto dall'art. 46 GDPR 2016/679.

Periodo di conservazione dei dati. I dati personali e sensibili saranno conservati per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati e comunque per un periodo minimo di 5 anni. Decorso tale periodo di conservazione, i dati potranno essere distrutti e/o cancellati. Nel caso dovessero instaurarsi controversie legali, i dati personali saranno trattati ai fini della difesa degli interessi delle strutture residenziali per anziani dell'Ambito 9/Zona Territoriale 5.

Diritto di accesso ai dati e altri diritti:

- a. **Diritto di accesso** Ha il diritto di ottenere la conferma che sia in corso o meno un trattamento dei dati e, in tal caso, avere le seguenti informazioni: • le finalità del trattamento; • le categorie di dati personali trattati; • i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati; • il periodo di conservazione dei dati.
- b. **Diritti di rettifica, cancellazione e limitazione** Può sempre chiedere la rettifica dei dati inesatti; la cancellazione dei dati che La riguardano nel rispetto delle eccezioni indicate nell'art.17 e comunque non prima di 5 anni; la limitazione del trattamento degli stessi.
- c. **Diritto di opposizione** Lei potrà opporsi in qualsiasi momento al trattamento dei dati personali per motivi connessi ad una situazione particolare in grado di legittimare la sua decisione e a condizione che non sussista alcun interesse legittimo prevalente del titolare.
- d. **Diritto alla portabilità** Ove tecnicamente possibile, Lei ha diritto di ricevere –nelle ipotesi in cui la base giuridica del trattamento sia un contratto o il consenso e lo stesso sia effettuato con mezzi automatizzati- i Suoi dati personali in un formato strutturato e leggibile da dispositivo automatico.
- e. **Diritto di revoca del consenso** Il consenso potrà essere revocato in qualsiasi momento limitatamente alle ipotesi in cui il trattamento sia basato sul Suo consenso per una o più specifiche finalità e riguardi dati personali comuni o particolari categorie di dati, senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
- f. **Diritto di reclamo** Lei ha il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali (www.garanteprivacy.it).

Modalità di esercizio dei diritti. L'esercizio dei suddetti diritti può essere esercitato in qualsiasi momento inviando una richiesta (anche per email) al Titolare del trattamento della Struttura che accoglie l'ospite.

Modifiche. La presente informativa potrebbe essere soggetta a variazioni per modifiche e/o integrazioni della normativa di riferimento. Pertanto, il Titolare del trattamento invita sin da ora i destinatari dell'informativa a prendere visione della stessa anche sui siti web delle Strutture residenziali per anziani dell'Ambito 9.

Preso visione e letta l'informativa sul trattamento dei dati personali di cui sopra e pienamente informato/a delle finalità, modalità e caratteristiche del trattamento, nonché dell'identificazione del Titolare del Trattamento.

DO IL CONSENSO NEGO IL CONSENSO

FIRMA DELL'INTERESSATO O TUTORE LEGALE

.....

FIRMA DEL RICHIEDENTE SE DIVERSO DALL'INTERESSATO

.....

Data.....

ELENCO DEI DOCUMENTI E CORREDO MINIMO RICHIESTO

Documentazione da allegare alla domanda:

- Documento di identità valido (della persona che entrerà in struttura e del firmatario della domanda se persona diversa da quella che entrerà in struttura)
- Allegati A), B) e C)

Documentazione richiesta al momento dell'ingresso:

- Certificazione del Medico di Famiglia attestante lo stato di salute e l'idoneità alla vita in comunità
- Tessera sanitaria
- Verbale di riconoscimento dell'Invalidità Civile (ove posseduto)
- Eventuali cartelle cliniche
- Autorizzazione alla fornitura dei pannoloni (ove posseduta)

Corredo minimo richiesto all'ingresso in struttura

N.7 mutande

N.7 magliette intime

N.7 paia di calzini o calze di filanca

N.6 pigiami o camicie da notte

N.4 pantaloni o gonne

N.6 tute (in alternativa all'abbigliamento convenzionale)

N.4 maglie o camicie

N.4 golfini di lana

N.2 paia di scarpe comode (1 estivo e 1 invernale) N.1 paio di ciabatte da camera



ALLEGATO A

Il Sottoscritto Dr _____

M.M.G. Medico Ospedaliero Medico di Struttura

del Sig./ra _____ nato/a a _____ il _____

Portatore della/e seguente patologia/e: _____

Problemi clinici attivi: _____

Terapia farmacologia in atto (denominazione farmaco e posologia): _____

Assume farmaci autonomamente SI NO

Allergie a farmaci _____

DICHIARA sotto la propria responsabilità che trattasi di paziente CRONICO/STABILIZZATO :

- AUTOSUFFICIENTE con necessità di minimo supporto assistenziale
- NON AUTOSUFFICIENTE con necessità di supporto infermieristico /assistenziale

JESI.....

Timbro e Firma del Medico



Allegato B

Scheda di rilevazione delle condizioni psico-fisiche

NOME	COGNOME

CONDIZIONI GENERALI		
E' in grado di collaborare	SI	NO
Necessita di assistenza generica	SI	NO
Necessita di assistenza infermieristica	SI	NO

STATO PSICHICO		
Psiche integra	SI	NO
Fasi di confusione	SI	NO
Fasi di disorientamento	SI	NO
Agitazione psicomotoria	SI	NO
Forme di aggressività	SI	NO
Wandering <input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> grave	SI	NO

RESPIRAZIONE		
Autonomia	SI	NO
Ossigenoterapia	SI	NO
Tracheostomia	SI	NO

CUTE		
Integra	SI	NO
Presenza di lesioni	SI	NO

MOBILITA'		SI	NO
Sale e scende le scale		SI	NO
Cammina da solo		SI	NO
Cammina con aiuto		SI	NO
Cammina con ausili		SI	NO
Si sposta in carrozzina		SI	NO
Allettato		SI	NO

GRADO DI AUTONOMIA			
Si veste da solo	SI	NO	CON AIUTO
Igiene personale	SI	NO	CON AIUTO
Utilizza servizi igienici autonomamente	SI	NO	CON AIUTO

ALIMENTAZIONE		
Autonoma	SI	NO
Enterale (SNG-PEG)	SI	NO
Parenterale (CVC-PIC)	SI	NO
Intolleranze alimentari	SI	NO
Diete Speciali	SI	NO
Diabete	SI	NO

ELIMINAZIONE		
Incontinenza urinaria	SI	NO
Incontinenza fecale	SI	NO
Catetere Vescicale	SI	NO

FUNZIONI SENSORIALI		
Cecità	SI	NO
Sordità	SI	NO
Capacità di comunicare	SI	NO

JESI.....

Timbro e firma del Medico

SCHEDA INFORMATIVA SOCIALE

(da compilarsi a cura del firmatario della domanda)

OSPITE

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ Via _____

Cittadinanza _____ Tel. _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

STATO CIVILE

- celibe / nubile
- separato
- divorziato
- vedovo
- coniugato

ISTRUZIONE

- nessuna
- licenza elementare
- licenza media inferiore
- diploma media superiore
- laurea

INVALIDITA' CIVILE

- SI
 - NO
- Indicare la percentuale :

INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO

- SI
- NO
- in attesa

SITUAZIONE ABITATIVA

- casa di proprietà
- casa in affitto
- casa ad uso gratuito
- Sfratto esecutivo
- da privato
- da pubblico (IACP, casa comunale etc)
- SI
- NO

Barriere architettoniche SI NO
Piano della abitazione ascensore SI NO

CONVIVENZA

- solo
- coniuge
- familiare
- altro

Figli SI numero..... NO

SITUAZIONE ASSISTENZIALE ATTUALE

Assistito da:

- familiari conviventi
- familiari non conviventi
- servizi domiciliari pubblici (servizio assistenza domiciliare, pasti, etc)
- servizi domiciliari privati (assistente familiare/badante)
- nessuno

Già inserito in una struttura residenziale:

- SI. Specificare
- NO

REFERENTI DA CONTATTARE (indicare cognome, nome, recapito telefonico)

.....
.....
.....
.....

Jesi, _____

FIRMA
