


	Direzione	<p style="text-align: center;"><i>Centro S. Maria al Monte - Malnate</i>  <i>Via Nizza 6</i>  <i>Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS</i></p>	
<b>ISTRUTTORIA RSA</b>			

**VERIFICA DELLA DOMANDA DI ACCOGLIENZA –  
VALUTAZIONE E PROTOCOLLO**

NOMINATIVO:  
\_\_\_\_\_

ETA': \_\_\_\_\_

PROVENIENZA:  
\_\_\_\_\_

VALUTAZIONE

Classe Sosia presunta:  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Dom. Normale           

Dom. Urgente           

Nucleo \_\_\_\_\_

Camera \_\_\_\_\_

Data ingresso \_\_\_\_\_

N. biancheria \_\_\_\_\_

N. Prot. \_\_\_\_\_

Impegno camera dal  
\_\_\_\_\_

**OSSERVAZIONI E NOTE**

*da Servizio Accoglienza:* .....

.....

.....

*da Scheda Sociale:* .....

.....

.....


*da Responsabile Medico* .....

.....

.....

La domanda di accoglienza è stata riconsegnata il giorno.....

**TIMBRO**

	Direzione	<p style="text-align: center;"><i>Centro S. Maria al Monte - Malnate</i>  <i>Via Nizza 6</i>  <i>Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS</i></p>	
<b>ISTRUTTORIA RSA</b>			

**PERCORSO DELLA DOMANDA D'ACCOGLIENZA in**

**Residenza Sanitaria Assistenziale**

**1- Consegna moduli**

La modulistica compilata e firmata deve essere consegnata al Servizio Unico Accoglienza del Centro al quale si fa richiesta secondo gli orari e le modalità specifiche:

Centro S. Maria al Monte: dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle 17.00

**2- Verifica della domanda di accoglienza**

L'operatore del Servizio Unico di Accoglienza verifica la completezza della domanda di accoglienza .

**3- Valutazione e Protocollo**

La domanda viene valutata per l'idoneità dal Responsabile Medico del Centro e inserita in lista di attesa dall'operatore del Servizio Unico di Accoglienza.

**4- Lista d'attesa**

La lista d'attesa è gestita sulla base dei seguenti criteri: di complessità sanitaria, di fragilità della rete sociale e continuità assistenziale, cronologici e di residenza.

**5- Convocazione al ricovero**


L'operatore del Servizio Unico di Accoglienza convoca telefonicamente il familiare di riferimento e/o la persona che presenta domanda di ricovero e comunica il giorno e l'ora di ricovero.

**6- Accettazione amministrativa**

Il giorno del ricovero, la persona di riferimento e/o la persona direttamente interessata consegna al Servizio Unico di Accoglienza la tessera sanitaria in originale, firma il contratto e provvede al pagamento in Amministrazione della retta per il mese in corso.

**7- Il ricovero**

Il ricovero e la prima accoglienza sono curati dagli operatori del Servizio Animazione che presentano l'ospite al Medico, alla caposala, all'infermiere e al personale di nucleo .

	Direzione	<p style="text-align: center;"><i>Centro S. Maria al Monte - Malnate</i>  <i>Via Nizza 6</i>  <i>Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS</i></p>	
<b>ISTRUTTORIA RSA</b>			

### **DOCUMENTAZIONE DA COMPILARE / FIRMARE**

- Domanda di accoglienza in RSA
- Dichiarazione di impegno economico oppure Impegnativa economica del Comune di residenza al momento dell'ingresso
- Regolamento economico finanziario (integrazione alla carta dei servizi)
- Tabella delle tariffe
- Modulo informativa dati sensibili (D.LGS. 196/2003)
- Dichiarazione di esenzione per reddito
- CRS – Modulo del consenso (ASL)
- Modello Unico di certificazione assistenziale a cura del familiare/caregiver
- Modello Unico di certificazione Medica Asl di Varese a cura del Medico Curante


### **DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA**

- Fotocopia Carta di Identità
- Fotocopia CRS (Carta Regionale dei Servizi (magnetica)
- Fotocopia Verbale o domanda di invalidità (qualora presente)
- Fotocopia Esenzione Ticket (Patologia – Invalidità) (qualora presente)
- Autocertificazione dello Stato di famiglia e Residenza
- Atto di nomina Tutore Legale o Amministratore di Sostegno (qualora presente)
- Certificato di pensione –Modulo Obis M (VO, SO, ....)

#### **ALTRA DOCUMENTAZIONE MEDICA DA ALLEGARE**      - solamente se già in possesso -

- Fotocopie esami clinico-strumentali, relazioni UVA, lettere di dimissioni ospedaliere
- Esame radiologico del torace e segnalazione di eventuali precedenti tubercolari, esami ematochimici.

**Nota Bene:** al momento dell'ingresso la tessera sanitaria magnetica , le eventuali esenzioni ticket, la Carta d'Identità e il Codice Fiscale devono essere consegnati in originale presso il Servizio Unico di Accoglienza che provvederà al cambio del Medico di Medicina Generale.

	Direzione	Centro S. Maria al Monte - Malnate Via Nizza 6 Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS	
ISTRUTTORIA RSA			

**DOMANDA DI ACCOGLIENZA NELLA RESIDENZA SANITARIA ASSISTITA**

La/il sottoscritta/o: .....

Nata/o a: .....prov..... il: .....

Figlia/o di..... e di.....

N. Figli maschi ..... N. Figlie femmine ..... Titolo di Studio.....

Professione al momento dell'ingresso.....

Residente a:.....Prov..... CAP .....

via: .....n° .....Codice CRS.....

Stato civile: .....Tel. ....Cell. ....

**CHIEDE**

di essere ammesso in qualità di ospite presso la RSA Fondazione Don Carlo Gnocchi

Centro S. Maria al Monte di Malnate

precisando che, ai sensi dell'articolo 7 della Legge Regionale 12/03/2008 n°3, la richiesta è formulata per libera scelta e determinazione.

**Dichiara** di aver visitato le strutture ed i nuclei di degenza; di avere preso visione del regolamento e della carta dei servizi del Centro S. Maria al Monte di Malnate, che include le prestazioni a carico dell'ente e gli obblighi dell'utente. Di accettare eventuali cambi di camera o di reparto in relazione alle esigenze del Centro e allo stato di salute dell'Ospite.

PERSONE DI RIFERIMENTO			
Nome e cognome	Parentela o affinità	Indirizzo	Numero di telefono
Nome e cognome	Parentela o affinità	Indirizzo	Numero di telefono
Nome e cognome	Parentela o affinità	Indirizzo	Numero di telefono
<b>Tutela (barrare la relativa casella)</b>			
<input type="checkbox"/> Ammin. di sostegno <input type="checkbox"/> Inabilità <input type="checkbox"/> Interdizione <input type="checkbox"/> Curatela			
Nome e cognome del tutore legale:			
_____		tel: _____	Mail _____


**Accetta** le norme che regolano il funzionamento del Centro S. Maria al Monte di Malnate, e le loro condizioni economiche.

**Prende atto** del fatto che la presente domanda ha validità di 6 mesi se non debitamente aggiornata nella sua parte socio sanitaria.

FIRMA dell'ospite o del suo garante \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

(relazione di parentela o di stato giuridico1) \_\_\_\_\_

1 Allegare verbale di nomina

	Direzione	Centro S. Maria al Monte - Malnate Via Nizza 6 Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS	
ISTRUTTORIA RSA			

**DICHIARAZIONE DI IMPEGNO ECONOMICO**

La/il sottoscritta/o .....  
 nata/o a ..... Prov ..... il .....

Residente a ..... Prov ..... CAP .....

Via ..... n° ..... Tel. .... Cell. ....

Codice Fiscale                (allegare fotocopia)

Relazione di parentela ..... Tutore  Curatore  Ammin. di Sostegno

**DICHIARA**

**di assumere, con decorrenza dal giorno dell'ingresso, l'onere della retta di ricovero**

della ..... Signora/del ..... Signor .....


e di riconoscersi quale unico obbligato nei confronti della Fondazione Don Carlo Gnocchi, sollevando quest'ultima da ogni obbligo di riparto dell'onere della retta, anche in presenza di altri congiunti tenuti per legge a provvedere.

La/il sottoscritta/o inoltre dichiara:

- Di essere a conoscenza ed accettare le condizioni economico/finanziarie che regolano l'accesso e la permanenza presso la Residenza Sanitaria Assistita.
- Di essere a conoscenza della retta giornaliera e delle eventuali prestazioni accessorie (tabella delle tariffe):
- Di essere a conoscenza ed accettare che la retta sia **pagata mensilmente e anticipatamente tramite RID** (Autorizzazione Permanente di Addebito in conto per richiesta d'incasso) **inviato telematicamente dalla Fondazione con addebito automatico sul conto indicato il 10° giorno lavorativo** del mese di riferimento e di divenire il referente ufficiale per qualsiasi comunicazione della Direzione. La prima fattura anticipata sarà pagata tramite assegno il giorno dell'ingresso e il RID dovrà essere attivato entro la fine del mese.
- Di **accettare** gli aumenti di retta che potessero essere disposti dal consiglio di Amministrazione della Fondazione Don Carlo Gnocchi. La Direzione del Centro si occuperà di darne preavviso con anticipo di almeno un mese.
- Di confermare, sotto la propria piena responsabilità, che i presenti obbligati hanno effetto e durata sino alla avvenuta dimissione dell'Ospite dal Centro.
- Di essere a conoscenza che il Centro S. Maria al Monte di Malnate hanno una convenzione con il Comune di Malnate e che l'accesso a questi posti avviene previa Determina Comunale di Impegno Economico.

Data .....

Firma del garante pagamento retta.....

	Direzione	<p style="text-align: center;"><i>Centro S. Maria al Monte - Malnate</i>  <i>Via Nizza 6</i>  <i>Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS</i></p> 
<b>ISTRUTTORIA RSA</b>		

## REGOLAMENTO ECONOMICO DELLA RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE

Egregio Signore,

nel consegnarLe copia della Carta dei Servizi del Centro S. Maria al Monte di Malnate, in aggiunta a quanto indicato alla voce Residenza Sanitaria Assistenziale (R.S.A.), è importante segnalare affinché Ella ne prenda visione e ne sottoscriva per accettazione, le seguenti disposizioni e informazioni:

### Modalità e termini del pagamento della retta

- 1) L'importo delle rette dei singoli reparti è stabilito annualmente dal Consiglio di Amministrazione della Fondazione Don Carlo Gnocchi – ONLUS (tabella delle tariffe). Le nuove rette verranno comunicate dalla Direzione del Centro con preavviso di almeno un mese. Il calcolo della retta inizia a decorrere dal giorno di ingresso. Il giorno di dimissione o di decesso non viene calcolato ai fini del computo della retta.
- 2) Tutte le certificazioni, ivi inclusa la certificazione delle spese sanitarie valida ai fini della dichiarazione dei redditi (DGR 21/03/1997 n° 26316) saranno rilasciate dal Servizio di Amministrazione all'Ospite quale intestatario della fattura.
- 3) Al momento della dimissione verranno addebitate spese amministrative d'uscita (vedi Tabella delle Tariffe in vigore alla voce "Altre Prestazioni e servizi") solo nel caso di permanenza superiore a 3 mesi.
- 4) All'atto dell'ingresso dell'ospite dovrà essere comunicato al Servizio Amministrativo, il nominativo della persona cui deve essere intestata la fattura (ospite o parente garante). Tutte le certificazioni, ivi inclusa la certificazione delle spese sanitarie valida ai fini della dichiarazione dei redditi (DGR 21/03/1997 n° 26316) saranno rilasciate all'intestatario della fattura
- 5) L'ospite o il garante del pagamento oltre all'importo mensile della retta si impegnano a corrispondere per la prestazione dei servizi accessori forniti dalla RSA l'importo previsto (vedi Tabella delle Tariffe in vigore alla voce "Altre Prestazioni e servizi")
- 6) Ad eccezione della prima retta da versare all'atto dell'ingresso presso la Direzione Amministrativa, le successive rette saranno addebitate tramite R.I.D. (Autorizzazione Permanente di Addebito in conto per richiesta d'incasso).
- 7) L'ospite e in via solidale il parente garante si obbligano a corrispondere quanto indicato ai punti 1 - 2 - 3 - 5 - 6 e dichiarano di essere a conoscenza che, in caso di inosservanza dell'obbligo assunto, la RSA Fondazione don Gnocchi si riserva il diritto di dar corso al rientro in famiglia dell'ospite o ad altra residenza individuata dai famigliari entro tre mesi dalla comunicazione inviata tramite RR e di procedere giudizialmente per il recupero delle somme dovute.
- 8) I punti 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 non riguardano gli ospiti a carico dell'Amministrazione del Comune di Malnate. Per gli aspetti amministrativi di tali ospiti si invitano i parenti a fare riferimento all'Ufficio di competenza del Comune di Malnate

	Direzione	<p style="text-align: center;"><i>Centro S. Maria al Monte - Malnate</i>  <i>Via Nizza 6</i>  <i>Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS</i></p>	
<b>ISTRUTTORIA RSA</b>			

### **Procedura di accoglienza degli Ospiti presso la R.S.A.**

Il Servizio Unico di Accoglienza comunica la disponibilità all'accoglienza dell'Ospite e la data di ingresso. Nel caso di impedimenti all'ingresso nella data prevista, se l'Ospite desidera mantenere il posto letto assegnato, può "ritardare" l'accesso sino ad un massimo di 3 giorni a condizione che si provveda al pagamento della quota completa, retta più contributo regionale. Nel caso di rinuncia, l'Ospite è tenuto a pagare la retta per il numero di giornate che decorre dalla data di ingresso a lui assegnata a quella di avvenuta comunicazione di rinuncia.

### **Assenze temporanee e Ricoveri in ospedale**

Le assenze temporanee dell'Ospite, ai fini del diritto al mantenimento del posto letto all'interno della RSA sono considerate:

- se dovute a rientri in famiglia (per festività e vacanze o altro), come giornate di presenza nel limite massimo di quindici giorni, superato il quale cessa la disponibilità del posto letto. Gli effetti personali dell'Ospite saranno custoditi secondo le modalità e nei termini di cui al successivo art.9;
- se dovute a ricovero ospedaliero dell'Ospite, come giornate di presenza nel limite massimo di quindici giorni e a seguito di specifica valutazione nel limite massimo di trenta giorni, superato tale termine cessa la disponibilità del posto letto. Gli effetti personali dell'Ospite saranno custoditi secondo le modalità e nei termini di cui al successivo art.9.

Le assenze temporanee dell'Ospite, ai fini del computo della Retta Mensile saranno conteggiate e fatturate , per entrambi i casi di cui al precedente comma e sono considerate, come giornate di presenza.

Il limite di cui sopra nel caso di ricovero ospedaliero viene elevato a 30 giorni. Dal trentunesimo giorno l'Ospite viene considerato dimesso e per l'eventuale riammissione dovrà essere formulata una nuova domanda di ricovero.


### **Orario degli Uffici Amministrativi**

Gli Uffici Amministrativi sono aperti al pubblico con le seguenti modalità:

- Centro S. Maria al Monte di Malnate: dal lunedì al giovedì dalle ore 9.00 alle 12.30 e dalle ore 14.00 alle ore 17.00 e il venerdì dalle ore 9.00 alle ore 12.00

### **Servizi non inclusi nella retta**

- Il Servizio di trasporto **Ambulanza** al momento dell'accettazione o dell'eventuale dimissione sono a carico dell'ospite. Il trasferimento dell'ospite da un centro della Fondazione ad un altro ed eventuali trasferimenti per ricoveri ospedalieri e/o esami richiesti dal Medico Responsabile sono a carico della Fondazione.
- **Nel caso di decesso dell'ospite i parenti contatteranno a loro discrezione un'impresa di Pompe Funebri autorizzata. Le spese sono a carico della famiglia.** Il personale in servizio non può fornire indicazione alcuna in ordine alla scelta dell'impresa come previsto dalla normativa regionale vigente (Regolamento Regionale 9 novembre 2004 – n°6 ). Si invita a segnalare alla Direzione l'eventuale non rispetto di tale norma.

	Direzione	<p style="text-align: center;"><i>Centro S. Maria al Monte - Malnate</i>  <i>Via Nizza 6</i>  <i>Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS</i></p>	
<b>ISTRUTTORIA RSA</b>			

**Procedura di dimissione degli Ospiti presso la R.S.A.**

La richiesta di dimissione dell'Ospite dalla R.S.A. va presentata in forma scritta al Servizio Unico di Accoglienza con preavviso di almeno 7 giorni . In caso di mancato rispetto di tale termine viene addebitato un importo pari alla retta giornaliera moltiplicata per i giorni di preavviso mancanti.

Le giornate di degenza pagate e non fruite del mese di dimissione verranno rimborsate.

Oltre a quanto già previsto, la dimissione potrà essere richiesta dall'Ente, nei casi in cui l'ospite o il familiare manifestino chiara sfiducia nei confronti dell'operato del personale

**Ulteriori informazioni**

- Tutto il personale di servizio nei reparti e degli uffici è a disposizione, per le rispettive funzioni, dell'ospite e della famiglia. Particolari richieste, bisogni o quant'altro necessario per l'ospite dovranno essere formulate al Capo Sala o al Medico di Reparto. La Direzione non risponde di impegni o decisioni assunti con altro personale.
- Le eventuali comunicazioni e le segnalazioni relative alla qualità del servizio offerto devono essere presentate in forma scritta all'URP (Ufficio Relazioni con il Pubblico), in sua assenza al Medico Responsabile o ai Capo Sala di Reparto che provvederanno ad inoltrarle alla Direzione per la valutazione e gli interventi del caso.
- I volontari operanti nei reparti, la cui presenza è regolamentata dal Centro, sono riconoscibili dall'apposito tesserino.
- La presenza di personale di assistenza (badante, assistente familiare...) non appartenente all'Ente dovrà essere preventivamente autorizzata, comunicando le generalità alla Direzione Sanitaria. Tale persona non dovrà interferire con le normali attività di reparto.


Nel caso in cui il familiare di un ospite non rispetti le norme di comportamento (Carta dei Servizi) e i regolamenti del Centro, la Direzione Sanitaria potrà sanzionare tale familiare limitando l'accesso **nel Centro**

**LA DIREZIONE**

**Letto, accettato e sottoscritto da parte dell'ospite o dal suo garante**

\_\_\_\_\_

Malnate, .....

	Direzione	<p style="text-align: center;"><i>Centro S. Maria al Monte - Malnate</i>  <i>Via Nizza 6</i>  <i>Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS</i></p>	
<b>ISTRUTTORIA RSA</b>			

**TABELLA DELLE TARIFFE IN VIGORE DAL 01/01/2011**

<b>Centro S. Maria al Monte di Malnate</b>	
<b>Nucleo</b>	<b>Tariffa</b>
camera doppia	Euro 61,50
camera singola	Euro 70,00


<b><u>ALTRE PRESTAZIONI E SERVIZI</u></b>	<b>Tariffa</b>
Spese amministrative d'uscita	Euro 200,00
Giornate di mancato preavviso (fino a un max di 7 gg)	Tariffa in vigore
Parrucchiere	
• Piegatura	Euro 10,00
• Taglio e piegatura	Euro 17,50
• Piegatura e colore	Euro 27,50
• piegatura Piegatura e Permanente	Euro 27,50
• Piegatura, taglio e colore	Euro 32,50
• Piegatura, taglio e permanente	Euro 32,50
Podologa	Euro 25,00
Copia cartella clinica	Euro 30,00

*La Direzione*

Per ricevuta

---

*Malnate 1 ottobre 2010*

	Direzione	<p style="text-align: center;">Centro S. Maria al Monte - Malnate Via Nizza 6 Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS</p> 
<b>ISTRUTTORIA RSA</b>		

**INFORMAZIONI FORNITE AI SENSI DEL D.lgs N. 196 DEL 30.06.2003**

La Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus, ai sensi e per gli effetti D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento di dati personali ed, in specie, allo scopo di consentire agli interessati di esprimere il consenso

**INFORMA**

- a) che i dati raccolti verranno trattati ai fini della gestione dei rapporti con gli Enti e competenze pubbliche nonché per la conoscenza degli elementi necessari ai fini dei trattamenti sociali, sanitari, riabilitativi e per documentare l'esito dei trattamenti stessi;
- b) che il conferimento dei dati personali ha natura obbligatoria;
- c) che, in caso di rifiuto, non potrà essere attivata la procedura di ricovero dell'Ospite;
- d) che i dati personali raccolti oltre che per usi amministrativi e tecnico-assistenziali propri ed interni alla Fondazione, potranno essere comunicati a soggetti esterni per gli adempimenti costituiti dalle competenze pubbliche con le quali intercorrono le convenzioni o i rapporti per le prestazioni riabilitative e/o assistenziali;
- e) che la Fondazione assicura agli interessati i diritti ad essi attribuiti dall'art.7 del Decreto Legislativo n. 196/2003, ed in particolare il diritto di accesso e le informazioni sui dati personali previsto da detta norma;
- f) che la Fondazione Don Carlo Gnocchi - Onlus ha natura di persona giuridica privata, ex articolo 12 e seguenti C.C., legalmente riconosciuta con DPR 11/02/1952, con sede legale a Milano, Piazzale Rodolfo Morandi n°6 e che la Fondazione ha designato quale responsabile preposto al trattamento dei dati personali il Direttore Alberto Maurizio Ripamonti.

**PER LA FONDAZIONE DON GNOCCHI**

Il Direttore del Centro S. Maria al Monte  
Alberto Maurizio Ripamonti

**CONSENSO**

La/il sottoscritta/o.....  
dopo aver preso visione delle informazioni di cui al sopraesteso atto, dichiara di esprimere, il consenso al trattamento dei dati personali, anche di salute, da parte della Fondazione Don Gnocchi - Onlus nei modi e per la finalità indicate.

Letto, accettato e sottoscritto da parte dell'ospite o dal suo garante.

\_\_\_\_\_

Malnate, .....


*In deroga alla voce "Riservatezza" del capitolo di "Diritti del malato" dell'allegata Carta dei Servizi, autorizzo a fini espressamente, scientifici, didattici, e culturali, assistenziali e sanitari:*

- *l'utilizzo dei dati sanitari*  SI  NO
- *l'esposizione di mio nome e cognome nella targa fuori dalla camera.*  SI  NO
- *l'esposizione di mio nome e cognome e di segnalazioni di procedure assistenziali criptate sulla testata del letto*  SI  NO
- *la diffusione della mia immagine in occasione di iniziative promosse dalla Fondazione, di cerimonie di interesse pubblico o per pubblicazioni*  SI  NO

Letto, accettato e sottoscritto da parte dell'ospite o dal suo garante.

\_\_\_\_\_

Malnate, .....

	Direzione	<p style="text-align: center;"><i>Centro S. Maria al Monte - Malnate</i>  <i>Via Nizza 6</i>  <i>Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS</i></p> 
<b>ISTRUTTORIA RSA</b>		

**AUTORIZZAZIONE UTILIZZO DEI DATI SENSIBILI**

Espressione del consenso, quale parte integrante della cartella clinica / ambulatoriale / sociosanitaria, al trattamento dei dati sensibili da parte dell'interessato ai sensi del D.Lgs. 196/2003.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
consente che sia data comunicazione in ordine al proprio stato di salute alle sottoindicate persone:

cognome nome	_____
recapiti	_____
cognome nome	_____
recapiti	_____
cognome nome	_____
recapiti	_____
cognome nome	_____
recapiti	_____
cognome nome	_____
recapiti	_____

Per attività di ricerca scientifica:       SI       NO

Milano, \_\_\_\_\_

FIRMA (dell'ospite o del suo garante/legale rappresentante) \_\_\_\_\_


A CURA DEL MEDICO

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

dichiara che all'atto della compilazione della presente autorizzazione il/la Signor/a \_\_\_\_\_ non è nelle condizioni psico-fisiche di poter sottoscrivere quanto sopra e che non è presente il legale rappresentante.

Malnate, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

	Direzione	<p style="text-align: center;"><i>Centro S. Maria al Monte - Malnate</i>  <i>Via Nizza 6</i>  <i>Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS</i></p> 
ISTRUTTORIA RSA		

**DICHIARAZIONE DI ESENZIONE PER REDDITO**

La/il sottoscritta/o: .....

in qualità di (relazione di parentela/stato giuridico).....

DICHIARA


Che il **reddito complessivo lordo** riferito all'anno precedente del

sig./ra .....

- E' superiore a € 38.500,00 annui.
- Non è superiore a € 38.500,00 annui.

Malnate, li .....

Firma (dell'ospite o del suo garante) .....

	Direzione	<p style="text-align: center;"><i>Centro S. Maria al Monte - Malnate</i>  <i>Via Nizza 6</i>  <i>Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS</i></p>	
ISTRUTTORIA RSA			

## CRS – Modulo del Consenso

Il sottoscritto .....Sesso.....  
(Cognome, Nome) ( M/F)

Nato a ..... il .....  
(Luogo di nascita) (Data di nascita)

Cod.Fisc .....  
(Codice Fiscale)

**Preso atto di quanto previsto dall'informatica relativa al "TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI IN AMBITO CRS-SISS", acconsente al trattamento dei propri dati, anche di carattere sanitario previsto dalla vigente normativa.**

***In caso di minori:***

Il genitore/tutore .....Sesso.....  
(Cognome, Nome) ( M/F)

Nato a ..... il .....  
(Luogo di nascita) (Data di nascita)

Cod.Fisc .....  
(Codice Fiscale)

Data  
 .....

Firma  
 .....

## SCHEDA DI INSERIMENTO

- RSA  
 CDI  
 RICHIESTA INVALIDITA'

### CERTIFICAZIONE DEL MEDICO CURANTE

Informazioni anagrafiche																	
Nome _____ Cognome _____																	
C.F. _____																	
Nato a _____ il ____ / ____ / ____																	
Residente _____ via/piazza _____ n° _____																	
Anamnesi patologica remota oltre alle comuni informazioni relative a patologie pregresse, specificare eventuali aspetti psicologici e/o comportamentali noti che hanno richiesto terapie specifiche (es. sindromi depressive, stati maniacali, alterazioni della personalità, abuso alcolico, tabagismo)																	
Malattie infettive note epatiti, TBC, malattie sessualmente trasmesse																	
Situazione clinica attuale patologie in atto condizioni invalidanti																	
Dispositivi in uso	<table border="0"> <tr> <td>Catetere vescicale .....</td> <td>Sondino nasogastrico .....</td> </tr> <tr> <td>PEG .....</td> <td>Catetere venoso centrale .....</td> </tr> <tr> <td>Pace-maker .....</td> <td>ICD (defibrillatore) .....</td> </tr> <tr> <td>Tracheostomia .....</td> <td>Stomie .....</td> </tr> <tr> <td>Broncoaspirazione .....</td> <td>Porth-a-cath .....</td> </tr> <tr> <td>Ossigenoterapia (ossigeno liquido; concentratore; stroller; altro) .....</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ventilatore per Sindrome apnee notturne del sonno .....</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ventilatore per insuff. respiratorie gravi .....</td> <td></td> </tr> </table>	Catetere vescicale .....	Sondino nasogastrico .....	PEG .....	Catetere venoso centrale .....	Pace-maker .....	ICD (defibrillatore) .....	Tracheostomia .....	Stomie .....	Broncoaspirazione .....	Porth-a-cath .....	Ossigenoterapia (ossigeno liquido; concentratore; stroller; altro) .....		Ventilatore per Sindrome apnee notturne del sonno .....		Ventilatore per insuff. respiratorie gravi .....	
Catetere vescicale .....	Sondino nasogastrico .....																
PEG .....	Catetere venoso centrale .....																
Pace-maker .....	ICD (defibrillatore) .....																
Tracheostomia .....	Stomie .....																
Broncoaspirazione .....	Porth-a-cath .....																
Ossigenoterapia (ossigeno liquido; concentratore; stroller; altro) .....																	
Ventilatore per Sindrome apnee notturne del sonno .....																	
Ventilatore per insuff. respiratorie gravi .....																	
Ausili/presidi in uso Carrozzina, letto ortopedico, materassino antidecubito, tutori																	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesioni da decubito</li> <li>• Ferite chirurgiche in trattamento</li> </ul> Specificare sede, estensione, tipo di trattamento in atto e persona dedicata alla cura (infermiere, familiare, altro)																	
Terapia in atto Oltre ai farmaci tradizionali, specificare se il paziente ha in atto piani terapeutici attivi, terapia del dolore (specificare se oppiacei) o farmaci con ricetta ministeriale, diete particolari (per insufficienza renale; celiachia; altro) <b>ALLERGIE</b>																	
Cadute negli ultimi sei mesi	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No																

Parte per il Medico curante

<b>Interventi programmati</b> necessità di valutazioni o accertamenti strumentali periodiche, es. visite specialistiche, ecografie o altre indagini strumentali, dialisi, chemioterapia, emotrasfusioni.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si specificare ..... ..... .....	
<b>Stato nutrizionale</b>	<input type="checkbox"/> Nella norma <input type="checkbox"/> Variazioni ponderali negli ultimi sei mesi  Note _____ _____ _____ _____	
<b>Giudizio sulla stabilità clinica</b>	<input type="checkbox"/> <i>Stabile</i>  <input type="checkbox"/> <i>Moderatamente stabile</i>  <input type="checkbox"/> <i>Moderatamente instabile</i>  <input type="checkbox"/> <i>Instabile</i>  <input type="checkbox"/> <i>Acuzie</i>	nessun particolare problema o con problemi che necessitano monitoraggio clinico a d intervalli > 60 gg.  con problemi che necessitano monitoraggio clinico ogni 30-60 giorni  con problemi che necessitano monitoraggio clinico ad intervalli di più di una volta al mese ma meno di una volta alla settimana  con problemi che necessitano monitoraggio clinico quotidiano  con problemi che necessitano di più monitoraggi quotidiani

<b>Compilare in caso di richiesta di accertamento degli stati di invalidità civile, condizioni visive e sordomutismo</b>	<i>Il paziente è in grado di compiere gli atti quotidiani della vita</i> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Si richiede visita domiciliare</i> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
--	---

data

firma

.....

.....

## SCHEDA DI INSERIMENTO

- RSA  
 CDI  
 RICHIESTA INVALIDITA'

Parte per la famiglia / caregiver

Informazioni anagrafiche	Nome _____ Cognome _____ C.F. _____ Nato a _____ il ___ / ___ / ___ Residente a _____ via/piazza _____ n° _____
Professione, pensione, invalidità	Professione svolta in passato _____ Pensione SI NO Ente erogatore _____ Invalidità SI NO Codice Invalidità _____
Modalità di gestione del reddito	<input type="checkbox"/> Anziano stesso <input type="checkbox"/> Familiare <input type="checkbox"/> Amministratore <input type="checkbox"/> Altro
Persona/familiare di riferimento Altri familiari (Indicando sia familiari che possono o potrebbero dare sostegno)	
Medico di Medicina Generale	Dr./Dr.ssa _____ tel. _____
Servizi di supporto in atto assistente domestica, ADI; servizio pasti a domicilio, Centro diurno, ecc.	
Provenienza Domicilio; Ospedale, Istituto di Riabilitazione, RSA, altro	
Tipo di inserimento in RSA/CDI/Miniall.	<input type="checkbox"/> temporaneo <input type="checkbox"/> definitivo <input type="checkbox"/> altro
Aspettativa della famiglia e/o dell'ospite	
Rete familiare (Persone conviventi: coniuge, figli, altro) Eventuali lutti recenti (coniuge; altro)	
Diete particolari	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì - specificare _____
Comportamenti autolesivi	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì - specificare _____
Fumo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Alcool	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Interessi attuali lettura, TV, contatti con amici/parenti, attività manuali	
• Capacità di nutrirsi:	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Necessità di stimolo o sorveglianza <input type="checkbox"/> Deve essere imboccato
• Masticazione:	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Difficoltà per cibi duri <input type="checkbox"/> Mangia solo cibi molli <input type="checkbox"/> Non si alimenta per bocca
• Protesi dentaria:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì e la usa <input type="checkbox"/> Sì ma non la usa

Parte per la famiglia / caregiver

Nome _____	
Cognome _____	
Piccola igiene personale (lavarsi le mani, faccia, braccia, farsi la barba, tagliarsi le unghie)	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo
Bagno / doccia	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo
Continenza vescicale	<input type="checkbox"/> Continente <input type="checkbox"/> Non continente <input type="checkbox"/> Uso di pannoloni <input type="checkbox"/> Catetere
Continenza intestinale	<input type="checkbox"/> Continente <input type="checkbox"/> Non continente <input type="checkbox"/> Uso di pannoloni <input type="checkbox"/> Stomia
Uso dei servizi igienici	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo
Capacità di vestirsi	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo
Vista	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Con lenti <input type="checkbox"/> Cecità
Udito	<input type="checkbox"/> Integro <input type="checkbox"/> Con ausilio <input type="checkbox"/> Sordità
Capacità di leggere	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Capacità di scrivere	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Linguaggio	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Alterato
Mobilità	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Con ausilio <input type="checkbox"/> Protesi <input type="checkbox"/> Allettato
Capacità di salire le scale	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Con ausilio <input type="checkbox"/> Non in grado
Trasferimento letto / carrozzina / poltrona	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Con aiuto <input type="checkbox"/> Non in grado

