



SISTEMA GESTIONEQUALITA'

Mod0802N100R00DEL171024

Domanda di ammissione RSA

Rev. 00 Data: 24/10/2017

# RSA San Giuseppe

*Dolcedo*

## DOMANDA DI AMMISSIONE

### Dati dell'utente:

Cognome.....Nome.....

Nato/a a.....Prov. di .....il.....

residente a..... Prov. di.....Via.....n.....

tel.n...../.....

Coniugato/a  Vedovo/a  Celibe/Nubile  Separato/a  Divorziato/a

Attualmente vive: solo/a  con familiare  altro.....

### Dati del richiedente :

Il sottoscritto :-----

Nato il : ----- A : -----

Residente a : -----( ) Via :-----

In qualità di : -----



SISTEMA GESTIONEQUALITA'

Mod0802N100R00DEL171024

Domanda di ammissione RSA

Rev. 00 Data: 24/10/2017

## CHIEDE

di essere ammesso a convivere nella RSA San Giuseppe di Dolcedo.

Dichiara inoltre di aver preso visione del Regolamento vigente allegato alla presente ed averlo accettato in tutte le sue parti.

Di inviarmi la fattura al seguente indirizzo :-----

-----  
-----

Dolcedo, li ..... Il richiedente

.....

## INDIRIZZI DI PERSONE DI RIFERIMENTO

**1) Cognome e nome**.....

grado di parentela..... abitante in.....CAP.....

Via.....n..... telefono n.....

**2) Cognome e nome**.....

grado di parentela..... abitante in.....CAP.....

Via.....n..... telefono n.....



SISTEMA GESTIONEQUALITA'

Mod0802N100R00DEL171024

Domanda di ammissione RSA

Rev.	00	Data:	24/10/2017
------	----	-------	------------

### CUSTODIA DEI VALORI

Il/La sottoscritto/a..... è a conoscenza del divieto di portare in struttura denaro, gioielli ed altri beni di valore e pertanto

### ESONERA

L'Azienda Pubblica di Servizi alla Persona I.S.A.H. da ogni responsabilità in ordine a rotture, perdita o furto di beni di qualsiasi natura.

Dolcedo, .....

Il dichiarante

.....



SISTEMA GESTIONEQUALITA'

Mod0802N100R00DEL171024

Domanda di ammissione RSA

Rev. 00 Data: 24/10/2017

**Spett.le ISAH Centro di Riabilitazione  
Polivalente  
e Casa di Riposo San Giuseppe  
piazza G. B. De Negri, 4  
18100 IMPERIA**

**DICHIARAZIONE DI IMPEGNO AL PAGAMENTO DELLA RETTA RELATIVA AL SOGGIORNO  
PRESSO LA RESIDENZA PROTETTA "Casa di Riposo San Giuseppe" di Dolcedo DA PARTE DEI  
FAMILIARI tenuti per legge (C.C. art. 433) o DI CHI SE NE OCCUPA**

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_ nat\_\_ a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a  
\_\_\_\_\_ in Via  
\_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ in qualità  
di \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ del Sig.  
\_\_\_\_\_;

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_ nat\_\_ a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a  
\_\_\_\_\_ in Via  
\_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ in qualità di

\_\_ del Sig. \_\_\_\_\_;

**SI IMPEGN\_\_\_ E SI OBBLIGA\_\_\_ IRREVOCABILMENTE**

1. a garantire il pagamento dell'intera retta mensile di ricovero presso la R.P. Casa di Riposo San Giuseppe di Dolcedo a carico del Sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ (**RETTA MENSILE ALL'INGRESSO € \_\_\_\_\_ Euro**) accettando fin d'ora tutti gli eventuali aumenti o modifiche che verranno apportati alla retta stessa e tempestivamente comunicati dall'Amministrazione dell'Ente;
2. a garantire il pagamento della retta relativa al primo mese di soggiorno in struttura che non può, in alcun caso essere restituita, nemmeno a seguito di decesso o dimissioni volontarie, essendo incluse in tale prima retta tutte le spese iniziali di accoglienza e di assistenza alla persona ricoverata.
3. a garantire, in caso di dimissioni volontarie dopo il primo mese di soggiorno in struttura, il pagamento della retta pari ai giorni di mancato preavviso come previsto dall'art. 15 del Regolamento.
4. a garantire il pagamento delle spese per i servizi non compresi nella retta mensile di ricovero (analisi di laboratorio, trasporto per accertamenti medico/sanitari, medicinali e sussidi a pagamento, assistenza in caso di ricovero in ospedale, ecc.);
5. a garantire il pagamento delle spese funerarie in caso di decesso dell'ospite;
6. a dotare l'ospite di un corredo personale di vestiario adeguato alla permanenza nella struttura;
7. a comunicare l'eventuale decesso, la rinuncia al servizio, il trasferimento dell'anziano in altro Comune o struttura e anche l'aggravamento dello stato di salute o il cambiamento della situazione sociale;
8. a provvedere per le dimissioni tempestive ed insindacabili dell'ospite su richiesta motivata dell'Amministrazione dell'Ente;

Il/I sottoscritto/i dichiara/no di aver ricevuto copia dell'Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 in ordine al trattamento dei dati personali, di aver letto e accettato integralmente il Regolamento della Residenza Protetta e la Carta dei Servizi impegnandosi all'osservanza di tutte le disposizioni in essi contenuti.

Dolcedo, \_\_\_\_\_

**FIRMA**

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

**ALLEGATI:**

1. Carta dei Servizi
2. Regolamento
3. Elenco

Rette

## SCHEDA SANITARIA

A CURA DEL MEDICO CURANTE

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

NATO IL \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

DIAGNOSI \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### DEFICIT INVALIDANTE :

- VISTA :  Basso  Medio  Alto  Porta occhiali ?  Si  No
- UDITO :  Basso  Medio  Alto  Porta apparecchio acustico ?  Si  No
- LINGUAGGIO :  Basso  Medio  Alto
- INCONTINENZA SFINTERICA :  Si  No
- CATETERE VESCICALE :  Si  No
- ORIENTAMENTO T&S :  Normale  Lieve  Grave

### LOCOMOZIONE :

Cammina da solo  Cammina con ausilio  Non cammina

TERAPIA RIABILITATIVA :  Si  No

PORTATORE DI PROTESI :  Si  No

Se SI specificare \_\_\_\_\_

DIETA :  Si  No

Se SI specificare \_\_\_\_\_

PIAGA DA DECUBITO :  Si  No

Se SI specificare tipo e sede \_\_\_\_\_

**MALATIE INFETTIVE O PARASSITARIE PREGRESSE O IN ATTO :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**TERAPIA IN CORSO :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**VALUTAZIONE DELL'AUTONOMIA :**

Autosufficiente

Parzialmente autosufficiente

Non autosufficiente

**ANNOTAZIONI PARTICOLARI :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**MEDICO CURANTE :**

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

Indirizzo : \_\_\_\_\_

Telefono : \_\_\_\_\_ Telefonino : \_\_\_\_\_

DATA : \_\_\_\_\_

Firma e Timbro del medico