

DOMANDA DI OSPITALITÀ

Il/La sottoscritto/a Sig./ra

Cognome:	
Nome:	
Residente a:	
Provincia di:	
Via:	
Codice Fiscale:	
Recapito tel.	
Recapito cell.	
Mail	

IN QUALITÀ DI:

- Parente (indicare il grado parentela) _____
- Tutore o Amministratore di sostegno
- Altro (specificare) _____

PRESO ATTO

- a) che la Fondazione Recanatesi di Osimo è una struttura privata, che offre a persone di norma anziane in condizioni di auto, semi e non autosufficienza, non assistibili a domicilio, assistenza socio-sanitaria non di carattere ospedaliero;
- b) che la Fondazione Recanatesi di Osimo eroga prestazioni di miglioramento del confort alberghiero e prestazioni socio sanitarie aggiuntive rispetto agli standard regionali come specificato nella Carta dei Servizi e, pertanto, si impegna a corrispondere la conseguente retta giornaliera così come annualmente determinata dal Consigli di Amministrazione in base alle schede di valutazione della non autosufficienza e per il periodo di permanenza dell'Ospite;
- c) del regolamento interno che disciplina il funzionamento e le modalità di accesso alla struttura, che il sottoscritto dichiara di conoscere ed accettare;
- d) che l'attività e l'assistenza medica prestata all'interno della Fondazione Recanatesi di Osimo avviene con medici di medicina generale non dipendenti dall'Ente e senza vincoli di subordinazione dallo stesso;

CHIEDE

L'accoglimento in struttura del/la Sig./ra

Cognome:	
Nome:	
Nato/a a:	



Il:						
Sesso	<input type="checkbox"/> Maschio	<input type="checkbox"/> Femmina				
Residente a:						
Prov. di:						
Codice Fiscale:						
Recapito tel.						
Recapito cel.						
Mail:						
Comune di residenza:						
Via:						
Titolo di studio:						
Ex professione:						
Stato civile:	<input type="checkbox"/> sposato/a	<input type="checkbox"/> celibe/nubile	<input type="checkbox"/> divorziato/a	<input type="checkbox"/> vedovo/a		
Motivo d'ingresso:	<input type="checkbox"/> perdita di autonomia	<input type="checkbox"/> stabilizzazione stato clinico	<input type="checkbox"/> alloggio non idoneo	<input type="checkbox"/> insuf. supporto familiare	<input type="checkbox"/> solitudine	<input type="checkbox"/> altro (specificare)
Medico di base:						
Recapito tel.						
Recapito cell.						

Data	Firma del richiedente
-------------	------------------------------

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA:

- Scheda medico valutativa compilata dal Medico di base;
- Dichiarazione di assenso al trattamento dei dati personali;
- Fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità (carta d'identità, patente di guida);
- Tessera sanitaria cartacea e magnetica;
- Una fotografia recente;
- Fotocopia del verbale della visita collegiale per il riconoscimento di invalidità civile e di accompagnamento;
- Fotocopia del verbale rilasciato dalla Pretura in caso di inabilitazione e interdizione dell'Ospite;
- Fotocopia del decreto del Giudice Tutelare di nomina dell'Amministratore di sostegno per il rilascio del consenso informato sui trattamenti sanitari;
- Fotocopia della prescrizione di presidi ed ausili sanitari.

Per ricevuta il responsabile

Data	Firma
-------------	--------------