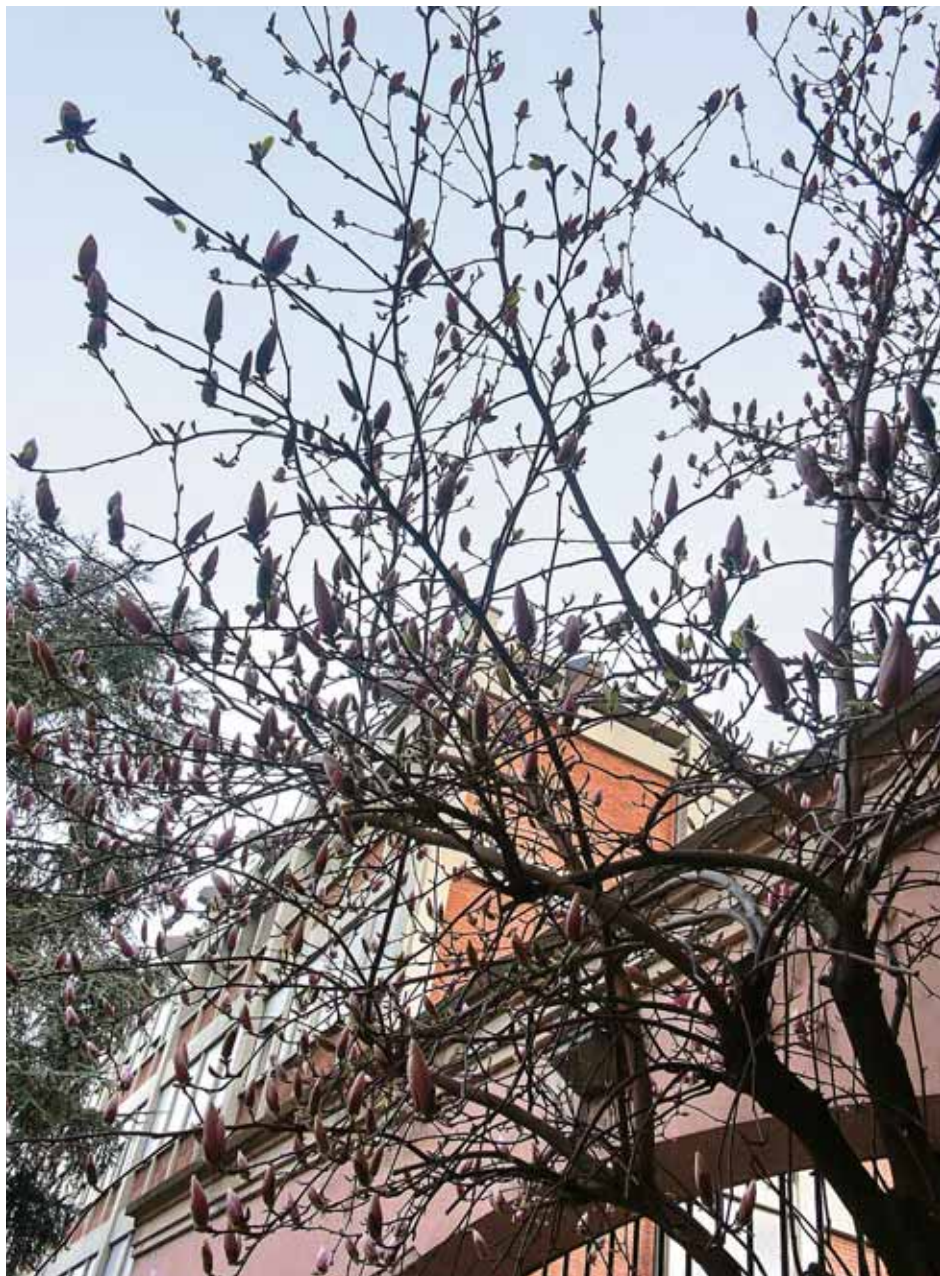


- Allegato 1** Modello di domanda di accoglimento R.S.A. di Mantova
- Allegato 2** Modello di domanda di accoglimento C.D.I.
- Allegato 3** Modello di domanda di accoglimento I.D.R.
- Allegato 4** Modello di domanda di accoglimento R.S.A. di Marmirolo
- Allegato 5** Modulo per segnalazioni
- Allegato 6** Note informative in caso di decesso



MODULO DI ACCOGLIMENTO R.S.A. DI MANTOVA

__sottoscritt__ _____ C.F.: _____

residente a _____ via _____

ha inoltrato domanda per l'accoglimento:

a tempo indeterminato a tempo determinato dal _____ al _____

alle condizioni vigenti presso la Fondazione

del/la Sig./Sig.ra _____

nat __ a _____ il _____

e residente a _____ via _____

nel reparto per anziani:

Non Autosufficienti Totali (N.A.T.)

Nucleo Alzheimer (N.A.)

La tipologia di stanza richiesta è:

stanza singola (solo per la tipologia N.A.T.)

stanza doppia

stanza tripla

Ai sensi del D. Lgs n° 196 del 30/06/2003 si autorizza la Fondazione "Mons. Arrigo Mazzali" – ONLUS alla raccolta ed al trattamento dei dati "sensibili" strettamente necessari all'espletamento dei compiti socio-sanitari inerenti l'erogazione del servizio richiesto.

__ sottoscritt__ si impegna con la presente, costituendosi garante nei confronti dell'accolt__ rispetto agli obblighi derivanti dal ricovero, a provvedere al pagamento della retta giornaliera attualmente fissata in € _____ (vedi allegato capitolo)

Nonché al versamento di una somma "una tantum" ammontante a € _____ (_____), a titolo di contributo straordinario per spese di prima accoglienza, quali:

- visita iniziale di accoglimento
- apertura fascicolo amministrativo
- apertura cartella geriatrica integrata
- stesura P.A.I.
- igienizzazione straordinaria Unità di degenza
- predisposizione sistema identificativo biancheria personale dell'Ospite.

Si impegna altresì al pagamento delle spese per i trasporti con ambulanza eseguiti a carico dell'accolt ____ (a tal scopo si allega Listino Prezzi delle principali Associazioni).

Mantova, li _____

FIRMA PER ACCETTAZIONE

MODULO DI ACCOGLIMENTO C.D.I. DI MANTOVA

__sottoscritt__ _____ C.F.: _____
residente a _____ via _____
ha inoltrato domanda per l'accoglimento dal _____
del/la Sig./Sig.ra _____
nato/a a _____ il _____
e residente a _____ via _____
presso il Centro Diurno Integrato, alle condizioni in vigore presso l'Istituto.

Ai sensi del D. Lgs. n° 196 del 30/06/2003 si autorizza la Fondazione "Mons. Arrigo Mazzali" - ONLUS alla raccolta ed al trattamento dei dati "sensibili" strettamente necessari all'espletamento dei compiti socio-sanitari inerenti l'erogazione del servizio richiesto.

__sottoscritt__ si impegna con la presente, costituendosi garante nei confronti dell'accolt__ rispetto agli obblighi derivanti dal ricovero, a provvedere al pagamento della retta giornaliera attualmente fissata in € _____ (vedi apposito capitolo) sulla base della scelta delle opzioni di seguito elencate:

- per i giorni di presenza a tempo parziale (mattina o pomeriggio – senza la consumazione del pasto)
- per i giorni di presenza a tempo pieno, con orario dalle 8.00 alle 17.00
- per i giorni di presenza a tempo pieno, con orario dalle ore 8.00 alle ore 18.00
- per i giorni di frequenza a tempo pieno, con orario dalle ore 8.00 alle ore 17.00 per utenti con disturbi comportamentali
- per i giorni di frequenza a tempo pieno, con orario dalle ore 8.00 alle ore 18.00 per utenti con disturbi comportamentali
- per i giorni di presenza in cui si usufruisce solo del pasto assistito.

Gli importi per i giorni di sospensione è fissata in € _____ (vedi allegato capitolo) differenziata per:

- gli utenti a tempo pieno
- gli utenti a tempo parziale.

Il contributo nel caso in cui l'utente che usufruisce del pasto assistito, in caso di assenza, non ne dia preventiva comunicazione ammonta a € _____.

Nei giorni festivi ed il sabato il Servizio non funziona.

Il/la sottoscritto/a si impegna inoltre a provvedere al reinserimento in ambiente familiare del congiunto nei termini concordati.

Mantova , li _____

FIRMA PER ACCETTAZIONE

MODULO DI ACCOGLIMENTO I.D.R.

Spett.le Fondazione ONLUS
"Mons.A. Mazzali"
Via Trento n. 10
46100 MANTOVA

OGGETTO: domanda per prestazioni riabilitative da erogarsi tramite centro convenzionato ai sensi dell'art. 26 Legge 833/78.

Per il/la sig./sig.ra _____
nato a _____ il _____
residente a _____ via _____
tel. _____ cellulare _____
codice fiscale _____
iscritto al Servizio Sanitario Nazionale – Tessera n. _____

Proveniente da: Ospedale Abitazione Altro _____

Si chiede: Trattamento riabilitativo con degenza a tempo pieno presso la Vostra Struttura.

PARTE RISERVATA AI FAMILIARI

Il/La sottoscritto/a _____
residente a _____ prov. _____ via _____
tel. _____ cellulare _____
grado di parentela _____

Consapevole che la permanenza della domanda in graduatoria sarà per un massimo di tre mesi e che l'eventuale ricovero è a termine, si impegna a provvedere al proprio congiunto all'atto della dimissione.

Firma _____

Allegati:

- impegnativa redatta su Ricettario Regionale
- scheda clinica di accesso in struttura geriatrica di riabilitazione
- certificato di residenza o autocertificazione attestante la residenza
- fotocopia tessera sanitaria, esenzione ticket, codice fiscale, documento di identità.

MODULO DI ACCOGLIMENTO R.S.A. DI MARMIROLO

__sottoscritt__ _____ c.f.: _____

residente a _____ via _____

ha inoltrato domanda per l'accoglimento:

a tempo indeterminato a tempo determinato dal _____ al _____

alle condizioni vigenti presso la Fondazione

del/la Sig./Sig.ra _____

nat __ a _____ il _____

e residente a _____ via _____

nel reparto per anziani:

Non Autosufficienti Totali (N.A.T.)

Nucleo Alzheimer (N.A.)

Ai sensi del D. Lgs n° 196 del 30/06/2003 si autorizza la Fondazione "Mons. Arrigo Mazzali" – ONLUS alla raccolta ed al trattamento dei dati "sensibili" strettamente necessari all'espletamento dei compiti socio-sanitari inerenti l'erogazione del servizio richiesto.

__ sottoscritt__ si impegna con la presente, costituendosi garante nei confronti dell'accolt__ rispetto agli obblighi derivanti dal ricovero, a provvedere al pagamento della retta giornaliera attualmente fissata in € _____. (vedi allegato capitolo)

Nonché al versamento di una somma "una tantum" ammontante a € _____ (_____), a titolo di contributo straordinario per spese di prima accoglienza, quali:

- visita iniziale di accoglimento
- apertura fascicolo amministrativo
- apertura cartella geriatrica integrata
- stesura P.A.I.
- igienizzazione straordinaria Unità di degenza
- predisposizione sistema identificativo biancheria personale dell'Ospite.

Si impegna altresì al pagamento delle spese per i trasporti con ambulanza eseguiti a carico dell'accolt ____ (a tal scopo si allega Listino Prezzi delle principali Associazioni).

Mantova, li _____

FIRMA PER ACCETTAZIONE

MODULO PER SEGNALAZIONI**SEGNALANTE**

nome _____

cognome _____

via _____

cap. _____ città _____

RAPPORTO CON LA STRUTTURA Ospite del reparto Parente dell'Ospite Sig./Sig.ra _____ Visitatore occasionale Volontario Altro**SEGNALAZIONE**

Data/e _____

Servizio/reparto _____

Descrizione del/i fatto/i _____

EVENTUALI PERSONE AL CORRENTE DEL/I FATTO/I ESPOSTI:

OSSERVAZIONI:

Data _____ n. progressivo _____

Operatore che ha raccolto la segnalazione _____

NOTE INFORMATIVE IN CASO DI DECESSO DEL PROPRIO CONGIUNTO

Gentili Signore/i

L'Amministrazione della Fondazione Vi presenta sincere condoglianze per il lutto che Vi ha colpito e nel contempo ritiene di fare cosa utile fornirVi alcune informazioni relative alla celebrazione del rito da Voi prescelto.

- La salma del Vostro congiunto resta, di norma, nel reparto in cui è avvenuto il decesso per almeno due ore. Successivamente viene trasferita presso la camera mortuaria.
La preparazione della salma è eseguita dagli operatori sanitari della struttura.
La vestizione del defunto può essere eseguita direttamente da Voi famigliari o dagli operatori dell'impresa che sceglierete.
- Per i riti Cattolici è a Vostra disposizione il Cappellano dell'Istituto.
Il funerale potrà essere celebrato, a Vostra richiesta, in Istituto, nella Cappella attigua alla Camera Mortuaria o nel Vostro abituale luogo di culto.
- Per altre Confessioni, diverse da quella Cattolica, i Signori Parenti potranno riferirsi direttamente ai Loro Padri Spirituali.
- Le chiavi della Camera Mortuaria sono depositate presso la portineria dell'Ente.
Esse sono a disposizione dei famigliari del defunto e della impresa di Pompe Funebri prescelta, dalle ore 8.00 alle ore 20.00. Entro le ore 20.00 le chiavi devono essere riconsegnate in portineria.
- La scelta dell'Agenzia di Pompe Funebri è del familiare del defunto. Gli operatori della Fondazione non sono tenuti né a ricevere compensi né a dare informazioni al riguardo, per ragioni di opportunità, correttezza e trasparenza. Inoltre nessuna ditta ha accordi o appalti di servizi di alcun genere e non può proporre i propri Servizi all'interno dell'Istituto.
- L'elenco delle imprese di Pompe Funebri, regolarmente iscritte a norma di legge, si trova presso la Camera di Commercio. Altre informazioni sempre al riguardo possono essere rilevate dai mass-media, dalla rubrica telefonica o dallo strumento informativo maggiormente consono al familiare.

Si unisce in allegato planimetria della Fondazione onde consentirVi di raggiungere facilmente la Cappella e le Camere Mortuarie.

Accolga il nostro saluto cordiale.
LA DIREZIONE

“Vi informiamo che il trattamento dei Vostri dati è da noi eseguito nel rispetto del D. Lgs. N. 196/03 sulla privacy. In relazione a tale trattamento potete esercitare tutti i diritti di cui all'art. 7, contattandoci agli usuali recapiti”