



**PERSONE/FAMILIARI DI RIFERIMENTO<sup>1</sup>**

COGNOME e NOME	INDIRIZZO (città, via e n.)	TELEFONO	MAIL	GRADO DI PARENTELA

**INFORMAZIONI RELATIVE ALLA PERSONA PER CUI SI RICHIEDE IL RICOVERO**

SITUAZIONE SOCIO-FAMILIARE		
STATO CIVILE	<input type="checkbox"/> Celibe/Nubile <input type="checkbox"/> Coniugato/a <input type="checkbox"/> Vedovo/a	<input type="checkbox"/> Divorziato/a <input type="checkbox"/> Separato/a <input type="checkbox"/> Convivente
FIGLI:	<input type="checkbox"/> N. maschi: _____	<input type="checkbox"/> N. femmine: _____
TITOLO DI STUDIO:	<input type="checkbox"/> Analfabeta <input type="checkbox"/> Non scolarizzato <input type="checkbox"/> Licenza elementare <input type="checkbox"/> Licenza media inferiore	<input type="checkbox"/> Licenza media superiore <input type="checkbox"/> Diploma universitario <input type="checkbox"/> Laurea <input type="checkbox"/> Altro _____
ULTIMA ATTIVITÀ SVOLTA	<input type="checkbox"/> Agricoltore <input type="checkbox"/> Artigiano <input type="checkbox"/> Casalinga <input type="checkbox"/> Commerciante	<input type="checkbox"/> Dirigente <input type="checkbox"/> Impiegato <input type="checkbox"/> Operaio <input type="checkbox"/> Libero professionista
SITUAZIONE ALLA DATA DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA:	<input type="checkbox"/> Abitazione <input type="checkbox"/> Struttura protetta socio-sanitaria <input type="checkbox"/> Struttura sociale	<input type="checkbox"/> Struttura ospedaliera <input type="checkbox"/> Struttura di riabilitazione <input type="checkbox"/> Altro _____
CONDIZIONE ABITATIVA CON CHI VIVE:	<input type="checkbox"/> Solo/a <input type="checkbox"/> Coniuge/partner stabili <input type="checkbox"/> Con il coniuge ed altri <input type="checkbox"/> Con un figlio, ma non con il coniuge	<input type="checkbox"/> Con un genitore o tutore legale <input type="checkbox"/> Con fratelli/sorelle <input type="checkbox"/> Con altri parenti <input type="checkbox"/> Con altre persone, non familiari
MOTIVI DELLA RICHIESTA:	<input type="checkbox"/> Perdita autonomia (decorso degenerativo) <input type="checkbox"/> Stabilizzazione stato clinico (post acuzie) <input type="checkbox"/> Insufficienza del supporto familiare	<input type="checkbox"/> Solitudine <input type="checkbox"/> Alloggio non idoneo <input type="checkbox"/> Altra motivazione sociale
HOBBIES E INTERESSI:		

SITUAZIONE ECONOMICA-PENSIONISTICA		
INVALIDITÀ:	<input type="checkbox"/> SI _____% <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Pratica in corso
INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Pratica in corso
RICONOSCIMENTO L.104/92	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Pratica in corso

<sup>1</sup> **Familiare di riferimento:** è il soggetto con cui la Fondazione Recanatesi è autorizzata, anche ai sensi e per gli effetti della vigente normativa legale a tutela della privacy, a interloquire riguardo tutto ciò che possa risultare di interesse dell'Ospite stesso, con particolare riguardo agli aspetti concernenti la sua salute, il suo benessere e la sua permanenza in struttura. Il Familiare di riferimento non deve per forza essere un parente dell'Ospite e può anche coincidere con un terzo obbligato e/o con l'ATS/Tutore/Curatore.

<b>SITUAZIONE ECONOMICA-PENSIONISTICA</b>		
<b>PENSIONI PERCEPITE:</b>	<input type="checkbox"/> Nessuna pensione <input type="checkbox"/> Pensione di anzianità/vecchiaia <input type="checkbox"/> Pensione sociale <input type="checkbox"/> Pensione di reversibilità <input type="checkbox"/> Invalidità sociale (se minore di 65 anni) <input type="checkbox"/> Indennità di accompagnamento <input type="checkbox"/> Altro _____	Importo _____ _____ _____ _____ _____
<b>ONERI RETTA:</b>	<input type="checkbox"/> Totale a carico della persona da ricoverare <input type="checkbox"/> Compartecipazione del Comune di residenza (allegare impegno di spesa) <input type="checkbox"/> In corso di richiesta compartecipazione del Comune di residenza <input type="checkbox"/> Compartecipazione dei parenti	

<b>TUTELA LEGALE</b>	
<i>(Indicare se l'interessato ha limitazioni della capacità di agire e di compiere atti giuridici. Allegare copia del decreto/atto)</i>	
<input type="checkbox"/> Nessuna tutela <input type="checkbox"/> Amministratore di Sostegno <input type="checkbox"/> Tutore/Curatore <input type="checkbox"/> Procura Generale <input type="checkbox"/> Pratica in corso per _____ <input type="checkbox"/> Altro _____	

### **DOCUMENTAZIONE OBBLIGATORIA DA ALLEGARE AL MOMENTO DELLA CONSEGNA DELLA DOMANDA**

- Modulistica ASUR di richiesta inserimento in strutture residenziali
- Relazione medica
- Informativa e consenso per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art.13 Reg. UE 2016/679
- Fotocopia carta identità dell'interessato al ricovero e dei firmatari della domanda
- Fotocopia codice fiscale dell'interessato al ricovero e dei firmatari della domanda
- Fotocopia tesserino attestante la nomina del Medico di base e dell'esenzione ticket
- Fotocopia verbale di invalidità civile
- Fotocopia decreti di nomina di Amministratore di Sostegno/Tutore/Curatore
- Fotocopia certificato attestante l'assegnazione di presidi sanitari in possesso (es: pannoloni, carrozzine, deambulatori, materassi, etc.)
- Documentazione sanitaria di visite o ricoveri ospedalieri precedenti
- Fotocopia di analisi di laboratorio recenti
- Terapia farmacologica seguita ed eventuali piani terapeutici in corso validata dal Medico curante
- Certificato medico attestante l'assenza di malattie infettive pregiudizievoli per la vita in comunità

Il/I sottoscritto/i e gli altri responsabili in solido, si impegneranno al pagamento degli oneri previsti per l'ingresso e per tutto il periodo di permanenza nella struttura, sottoscrivendo, al momento dell'ingresso, presso l'amministrazione dell'Ente, il **"Contratto di ingresso"**.

Il/I sottoscritto/i e gli altri responsabili in solido dichiarano inoltre:

- a) di aver ricevuto copia della Carta dei Servizi e del Regolamento di Ospitalità, di conoscere ed accettare il loro contenuto ed eventuali variazioni successive deliberate dal Consiglio di Amministrazione;

- 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 Consiglio di Amministrazione per il periodo di permanenza dell'Ospite in struttura;
- d) che l'attività e l'assistenza medica prestata all'interno della Fondazione Recanatesi di Osimo è erogata dai Medici di Medicina Generale non dipendenti dall'Ente e senza vincoli di subordinazione dallo stesso.

La presente domanda ha validità annuale: trascorso tale termine dovrà essere rinnovata allegando la certificazione medica aggiornata. Nulla ricevendo, la domanda verrà automaticamente tolta dalla lista di attesa di riferimento.

Data, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma dell'Interessato \_\_\_\_\_

Firma del Familiare di riferimento \_\_\_\_\_

Firma AdS/Tutore/Curatore \_\_\_\_\_

Per i casi in cui l'interessato NON sia in grado di sottoscrivere la presente domanda di ammissione e non ci sia alcuna forma di protezione giuridica, i sottoscrittori si impegnano a presentare richiesta di nomina dell'Amministratore di Sostegno al Giudice Tutelare, secondo le direttive della Legge n.6/2004.

Data, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma della persona che inoltra la domanda \_\_\_\_\_

Firma altro familiare \_\_\_\_\_

<b>PARTE RISERVATA ALLA FONDAZIONE</b>
--

Data di presentazione:	___/___/_____
Firma dell'operatore:	_____

<b>ACCETTAZIONE DELLA DOMANDA, parere del Direttore Sanitario</b>	
<input type="checkbox"/> FAVOREVOLE all'ingresso	<input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE all'ingresso
Data: ___/___/_____	_____ Firma (Dott. Quirino Massimo Ricci)