

ALTRI FAMILIARI DI RIFERIMENTO¹

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 CONVIVE:	<input type="checkbox"/> Solo/a <input type="checkbox"/> Coniuge/partner stabile <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 di 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:		

¹ **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.

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
PENSIONI PERCEPITE:		Importi:	
<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			
ONERI RETTA:	<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		

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

Il/la sottoscritto/i dichiara/no:

- a) di aver ricevuto copia della Carta dei Servizi della struttura e di conoscerne ed accettarne il suo contenuto;
- b) che la Fondazione Recanatesi di Osimo eroga, con il consenso dell'Ospite, prestazioni di miglioramento del confort alberghiero e prestazioni socio sanitarie aggiuntive rispetto agli standard regionali e, nel caso in cui l'Ospite effettui tale scelta, il medesimo o chi per lui 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;
- c) di essere a conoscenza che l'assistenza medica prestata all'interno della struttura è erogata dai Medici di Medicina Generale non dipendenti dall'Ente e senza vincoli di subordinazione dallo stesso;
- d) di essere a conoscenza che l'ammissione in struttura è subordinata alla stipula del Contratto d'ingresso.

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.

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 dell'Interessato _____

Firma del Familiare di riferimento _____

Firma AdS/Tutore/Curatore _____

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA D'INGRESSO

	Relazione medica
	Domanda di ammissione in strutture residenziali presentata all'Asur – SE IN POSSESSO
	Copia carta d'identità dell'interessato al ricovero e dei firmatari della domanda
	Copia tessera sanitaria dell'interessato al ricovero e dei firmatari della domanda
	Copia tessera sanitaria integrativa attestante la nomina del medico curante e dell'eventuale esenzione ticket
	Copia verbale d'invalidità – SE IN POSSESSO
	Copia decreto di nomina di Amministratore di Sostegno/Tutore/Curatore – SE IN POSSESSO
	Copia eventuali certificati attestanti l'assegnazione di presidi sanitari in possesso (es: pannoloni; carrozzine; materassi antidecubito; deambulatori; ecc..) – SE IN POSSESSO
	Copia documentazione sanitaria di visite o ricoveri ospedalieri pregressi
	Copia 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
	Certificati attestanti l'avenuta somministrazione del vaccino anti Covid-19 o eventuale certificato di esenzione alla vaccinazione

ELENCO DEI CAPI E DELLA BIANCHERIA CONSIGLIATA PER L'INGRESSO

Descrizione	Capi minimi consigliati
Camicia da notte o pigiama	7 pz
Maglietta a mezze maniche di cotone	8 pz
Canottiera senza maniche	8 pz
Calze in cotone	7 pz
Mutande	8 pz
Scarpe (no pantofole)	2 paia (in base alla stagione)
Pantaloni (meglio con elastico in vita)	5 paia
Tuta (giacca e pantalone)	4 paia
Maglia a maniche lunghe per l'inverno	7 pz
Golfino aperto (in base alla stagione)	5 pz
Giubbino (in base alla stagione)	2 pz
Stucco contenente:	<ul style="list-style-type: none"> • pettine o spazzola per capelli; • spazzolino da denti; • tagliaunghie (no forbici) • contenitore per dentiera con cestello di lavaggio

N.B.: i capi devono essere contrassegnati da un numero o lettera che verrà comunicato dall'Ente al momento dell'ingresso all'ospite o al familiare di riferimento a cui spetta l'onere dell'etichettatura di tutti i capi. Diversamente, la Fondazione mette a disposizione il servizio interno di etichettatura degli indumenti, il cui costo non è compreso nella retta di ricovero. In tal caso i capi da numerare dovranno essere consegnati alla struttura con congruo anticipo (**almeno 3 giorni prima la data di ricovero**).

Informativa ai sensi dell'art.13 del Regolamento Europeo 679/2016

La FONDAZIONE RECANATESI DI OSIMO in qualità di titolare del trattamento, la informa ai sensi dell'art.13 del GDPR 679/2016 che i dati da Lei forniti, potranno formare oggetto di trattamento, nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza. Per trattamento dei dati personali si intende la loro raccolta, registrazione, organizzazione, strutturazione, conservazione, adattamento o modifica, l'estrazione, la consultazione, l'uso, la comunicazione mediante trasmissione, diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, il raffronto o l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione di dati anche se non registrati in una banca di dati. La informiamo inoltre che i dati personali a Lei riferibili saranno trattati nel rispetto delle modalità indicate nell'art.5 del GDPR 679/2016 il quale prevede che i dati siano trattati in modo lecito, corretto e trasparente nei confronti dell'interessato; raccolti per finalità determinate esplicite e legittime e successivamente trattati in modo che non sia incompatibile con tali finalità; adeguati, pertinenti e limitati a quanto necessario rispetto alle finalità per le quali sono trattati; esatti e, se necessario, aggiornati; conservati in una forma che consenta l'identificazione degli interessati per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati; trattati in maniera da garantire un'adeguata sicurezza dei dati personali, compresa la protezione, mediante misure tecniche e organizzative adeguate, da trattamenti non autorizzati o illeciti e dalla perdita, dalla distruzione o dal danno accidentali.

Finalità del trattamento cui sono destinati i dati personali

I Suoi dati personali, compresi quelli dei Suoi familiari o di chi esercita legalmente la potestà, da Lei forniti, ovvero altrimenti acquisiti, verranno trattati per l'organizzazione e gestione dell'attività di cura e assistenza socio-sanitaria effettuata presso la struttura, oltre agli aspetti di carattere amministrativo, per gli adempimenti che ottemperano agli obblighi contabili, fiscali e giuridici in tema di ricevute di pagamento, registrazione e conservazione dei documenti ai sensi delle vigenti leggi. Poiché nel corso di tale rapporto, il nostro Ente può venire a conoscenza di dati che la legge definisce "particolari" quali in particolare quelli idonei a rivelare lo stato di salute, La invitiamo a fornirci il Suo consenso scritto al trattamento di tali dati personali

La informiamo inoltre che nel corso della sua permanenza possono essere effettuate riprese o foto, per cui La invitiamo a fornirci il Suo consenso scritto per la sua pubblicazione nel sito internet della fondazione o in giornalini, riviste attraverso le quali vengono dimostrate le attività dell'Ente o necessarie per la raccolta fondi.

Nella Casa di Riposo è attivo un sistema di videosorveglianza esterna (telecamere a circuito chiuso) allo scopo di tutelare l'incolumità fisica degli ospiti, prevenendo situazioni potenzialmente pericolose, nonché per finalità di sorveglianza contro intrusioni da parte di terzi. Gli interessati sono informati che stanno per accedere o che si trovano in un'area video sorvegliata segnalata da apposita cartellonistica o con una stilizzazione esplicita. Gli interessati sono informati anche con un avviso circostanziato che riporta tutti gli elementi previsti dall'art.13. Tutte le persone autorizzate ad utilizzare gli impianti sono stati designati per iscritto. Le immagini sono trattate nel pieno rispetto delle norme di legge, secondo principi di liceità e correttezza ed in modo da tutelare la riservatezza delle persone. L'impianto è attivo 7 giorni su 7, 24 ore su 24. Le immagini potranno essere "comunicate" cioè rese "disponibili", a soggetti quali Forze di Polizia ed altre Autorità competenti.

Base giuridica del trattamento: il conferimento dei dati si basa sul consenso dell'interessato o di chi esercita legalmente la potestà.

Destinatari o categorie di interessati: i Suoi dati potranno essere comunicati e successivamente trattati da: medici; personale della struttura incaricato al trattamento; personale sanitario esterno; Asur;

Periodo di conservazione: per i dati sanitari non è previsto un limite nella conservazione, mentre per quelli di natura fiscale e contabile la conservazione è 10 anni come previsto per legge.

Le conseguenze di un eventuale rifiuto alla comunicazione dei dati personali: il conferimento dei dati personali e sensibili ha natura obbligatoria per gli adempimenti di natura fiscale e contrattuale e per l'attività di cura e assistenza socio sanitaria. L'eventuale mancata o errata comunicazione da parte Sua di informazioni a noi necessarie comporterebbe quindi l'impossibilità da parte nostra di fornire un servizio confacente alle Sue necessità e di adempiere agli obblighi sopra indicati e in particolare per ciò che riguarda la normativa in materia fiscale e quella civilistica del contratto.

Diritti dell'interessato: la informiamo altresì che come interessato Lei ha il diritto di accedere, rettificare, cancellare, limitare, opporsi al trattamento oltre alla possibilità di revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento e di proporre reclamo all'Autorità secondo quanto previsto dagli articoli dal 15 al 22 del GDPR 679/2016, indirizzando la relativa richiesta al Titolare del Trattamento



DOMANDA DI AMMISSIONE

Codice: MOD.13
Rev: 06
Data: 14/12/2022

Estremi identificativi del Titolare e del Responsabile: il titolare del trattamento è la FONDAZIONE RECANATESI con sede in Via Flaminia II 68 - 60027 Osimo (An). Il responsabile del trattamento dei dati è la sig.ra VIVIANA VOLPINI.

Acquisizione del consenso al trattamento dei dati personali

Il/La sottoscritto/a acquisisce le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 del GDPR 679/2016, circa le finalità, le modalità e l'ambito di comunicazione dei dati oggetto del trattamento e dei diritti ad esso spettanti:

ACCONSENTE **NON ACCONSENTE** al trattamento dei propri dati personali e particolari obbligatori per le finalità riportate nell'informativa

Data, ___/___/_____

Firma dell'Interessato _____

Firma del Familiare di riferimento _____

Firma AdS/Tutore/Curatore _____

Il/La sottoscritto/a acquisisce le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del GDPR 679/2016, e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà i dati "particolari", vale a dire i dati "idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale:

ACCONSENTE

NON ACCONSENTE

per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa

Data, ___/___/_____

Firma dell'Interessato _____

Firma del Familiare di riferimento _____

Firma AdS/Tutore/Curatore _____

Il/La sottoscritto/a acquisisce le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 del GDPR 679/2016, circa le finalità, le modalità e l'ambito di comunicazione dei dati oggetto del trattamento e dei diritti ad esso spettanti, esprime il proprio consenso ai seguenti trattamenti dei propri dati personali:

• Esposizione pubblica all'interno della struttura di materiale fotografico e video raccolto durante le attività di animazione: **ACCONSENTE** **NON ACCONSENTE**

• Divulgazione online sul sito dell'Azienda di materiale fotografico e video raccolto durante le attività di animazione e in ambito istituzionale: **ACCONSENTE** **NON ACCONSENTE**

Data, ___/___/_____

Firma dell'Interessato _____

Firma del Familiare di riferimento _____

Firma AdS/Tutore/Curatore _____

PARTE RISERVATA ALLA FONDAZIONE	
Data di presentazione della domanda:	___/___/_____
Firma dell'operatore che ritira la domanda:	_____
Accettazione della domanda, parere del Direttore	<input type="checkbox"/> Favorevole all'ingresso <input type="checkbox"/> NON favorevole all'ingresso
	Data ___/___/_____ Firma, _____