



**ISCRIZIONE CENTRO DIURNO INTEGRATO
DOMANDA DI AMMISSIONE**

Il sottoscritto _____ (1)

Indirizzo di residenza _____

Tel. _____

In qualità di : figlio coniuge AdS altro _____

CHIEDE

Di ammettere in codesto Centro Diurno Integrato

Il Sig./La Sig.ra: _____ (2)

Luogo e data di nascita _____

Indirizzo di residenza _____

Codice Fiscale _____

Con servizio:

- part time mattino
- part time pomeridiano
- full time

Per i seguenti giorni settimanali (segnare con una X minimo 3 giorni):

Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì

Necessita di trasporto:

- Sì No

I motivi che inducono a presentare la presente domanda sono:



DICHIARA

- Di essere a conoscenza delle norme interne che regolano la vita comunitaria; ⁽³⁾
- Di farsi carico dei medicinali necessari per la terapia farmacologica e dei prodotti per l'incontinenza;
- Di essere a conoscenza delle modalità di pagamento delle rette come determinate dal Consiglio di Amministrazione;
- Di accettare le disposizioni emanate ed emanande per quanto riguarda l'aggiornamento delle stesse.
⁽⁴⁾

Si allega la seguente documentazione:

- Questionario debitamente compilato
- Impegno di spesa
- Certificato del medico curante
- Autocertificazione di residenza, stato di famiglia e nascita con fotocopia della carta di identità
- Fotocopia del codice fiscale/tessera sanitaria
- Copia certificato di invalidità

Luogo e data

Firma del richiedente

(1) Il sottoscritto richiedente; oppure, indicare il grado di parentela con la persona con la quale si chiede l'ammissione, nonché il nome della stessa.

(2) Cognome e nome del ricoverando.

(3) Si invitano gli Ospiti a detenere somme irrisorie per il normale consumo giornaliero ed a non portare in istituto oggetti di valore. L'Ente declina ogni responsabilità in caso di smarrimento o furto.

(4) Le domande di ammissione degli Ospiti vanno ritenute valide — ai fini del loro esame — per un periodo pari a mesi 8 (otto) dalla data di presentazione all'Ente.

IMPEGNO DI SPESA E RETTA

Il Consiglio di Amministrazione determina l'ammontare delle rette in funzione del carico assistenziale, del profilo di fragilità dell'ospite e dell'indice nazionale dei prezzi al consumo per l'intera collettività. Programma, inoltre, incontri annuali con i familiari degli ospiti su tematiche relative alla qualità dell'assistenza.

Il Consiglio di Amministrazione determina le rette degli ospiti al netto del contributo regionale, suddivise in relazione al servizio richiesto. Il pagamento deve essere effettuato entro il giorno 10 del mese successivo tramite addebito diretto SEPA, in caso questo non fosse possibile si potrà versare l'importo tramite bonifico bancario o tramite il servizio PAGOBANCOMAT.

Il pranzo è incluso in tutte le rette.

A decorrere dal **01.11.2023**, la retta giornaliera sarà:

- Mezza giornata **€ 15,00** (part-time orizzontale)
- Giornata piena **€ 30,00** (part time verticale o full time)

A decorrere dal **01.03.2025**, la retta giornaliera sarà adeguata come segue:

- Mezza giornata **€ 17,50** (part-time orizzontale)
- Giornata piena **€ 32,50** (part time verticale o full time)

A decorrere dal **01.01.2026**, la retta giornaliera sarà adeguata come segue:

- Mezza giornata **€ 20,00** (part-time orizzontale)
- Giornata piena **€ 35,00** (part time verticale o full time)

Per un eventuale servizio di trasporto la tariffa prevede una maggiorazione giornaliera di € 5,00

Gli ospiti del Centro Diurno **mantengono il proprio medico di base**; pertanto, eventuali costi per ticket farmaci e materiale utilizzato (per medicazioni/fisioterapie/presidi incontinenza ecc..) **rimangono a carico dell'utente.**

Nella retta sono inclusi i seguenti servizi:

- L'assistenza infermieristica;
- Il servizio di Fisioterapia con accesso garantito a tutti gli ospiti secondo le prescrizioni del fisiatra interno e/o del medico interno;
- Servizi di animazione;
- Parrucchiere solo se l'ospite è presente almeno tre giorni alla settimana;
- Prestazioni di tipo educativo finalizzate al mantenimento delle funzioni cognitive ed al loro eventuale recupero;
- La Fondazione provvede a quanto necessita alla pulizia e all'igiene ambientale della struttura;
- Viene garantita all'ospite l'assistenza spirituale e religiosa;
- Attività di consulenza dietologica: il vitto per gli ospiti comprende prima colazione, pranzo, merenda e vino laddove consentito, acqua in bottiglie ai pasti e durante l'arco della giornata. Il menù esposto quotidianamente viene adeguato alle esigenze ed alle abitudini alimentari degli ospiti. Ogni ospite viene seguito scrupolosamente nelle esigenze in fatto di dieta secondo le prescrizioni del medico e attraverso l'attività di consulenza dietologica. Le diete particolari saranno disciplinate dall'attività di consulenza dietologica della struttura. Presso le sale da pranzo verrà esposto giornalmente il menù, che potrebbe essere suscettibile di modifiche in funzione delle esigenze organizzative della cucina.
- Tre gite in giornata durante il corso dell'anno.

Nella retta è **escluso**:

- Il trasporto sociosanitario assistito. (Le tariffe di tale servizio variano a seconda delle associazioni di Volontariato disponibili);
- Servizio pedicure e manicure;
- Ogni servizio non sopra indicato.

Trasporto diurni residenti nel territorio comunale ed extra comunale: Per gli ospiti del Centro Diurno è previsto il servizio di trasporto a pagamento (riportato nella sezione rette) in territorio comunale e limitrofo.

Gite esterne: Sono organizzate dalle educatrici in collaborazione con il gruppo volontari. Fanno parte di specifici progetti di gruppo o individuali, ovvero in occasione di particolari ricorrenze (festività) oppure qualora si presentino particolari eventi nel territorio (teatro, cinema, concerti).

CRITERI DI FORMAZIONE E MODALITÀ DI GESTIONE DELLE LISTE D'ATTESA, CRITERI DI ACCOGLIENZA, DI PRESA IN CARICO E DIMISSIONE DEGLI UTENTI

La valutazione ha la funzione di individuare, le persone con maggiore priorità.

La lista di attesa è composta da una graduatoria delle domande di ingresso poste in ordine progressivo secondo i seguenti criteri:

- Cronologico
- Scala di gravità della situazione socio-assistenziale e sanitaria del richiedente:

Nei giorni precedenti l'ingresso in struttura i familiari vengono contattati per un'analisi e una condivisione della carta dei servizi e del codice etico. Il giorno dell'ingresso l'ospite sarà accolto dal coordinatore socio sanitario la cui funzione è quella di facilitare l'inserimento dell'ospite coinvolgendo così tutte le figure professionali, oltre ad essere incaricato ad accompagnare i futuri ospiti e i familiari alla visita guidata della struttura.

Criteri di presa in carico – dimissioni dell'utente

La presa in carico dell'ospite avviene con la compilazione di tutta la documentazione sociosanitaria informatizzata e con la comunicazione al medico di base dell'avvio del servizio semiresidenziale, oltre a quella amministrativa. Viene fatto firmare il contratto d'ingresso per la sottoscrizione di reciproci diritti e doveri. Qualora l'ospite o i familiari richiedano la dimissione dalla struttura, dovranno dare preavviso all'Ente con comunicazione scritta almeno 15 giorni prima della data determinata ed entro il medesimo termine l'Ospite dovrà lasciare la Fondazione.

L'Ente ha facoltà di dimettere l'Ospite qualora le condizioni di quest'ultimo a insindacabile giudizio del Responsabile Sanitario fossero tali da non permettere l'erogazione della dovuta assistenza o presentassero pericoli o rischi per gli altri ospiti. La Fondazione ha facoltà altresì di revocare il ricovero nel caso in cui l'Ospite non risultasse idoneo alla vita comunitaria.

Per ogni utente viene redatto un FaSAS (Fascicolo Socio Sanitario Assistenziale) per la tenuta e l'aggiornamento delle informazioni sulla persona assistita, completo di consenso informato dell'assistito/tutore/curatore o amministratore di sostegno e composto da sezioni anamnestiche, strumenti validati in uso per le valutazioni (scale di valutazione) e relativa classificazione ove prevista; valutazioni dei diversi professionisti (esame obiettivo, scheda infermieristica, riabilitativa, sociale, psicologica, educativo-animativa); progetto individuale (PAI, PEI, PRI, PrI, etc.); diario degli eventi ed interventi; documentazione/modulistica riferita ad aspetti assistenziali.



Impegno di spesa

L'impegno di spesa necessario per coprire l'intera retta viene assunto da:

_____ nato a _____ ()

Il _____ residente a _____ () in via _____

_____ Tel. _____

Oppure

L'impegno di spesa necessario per coprire l'intera retta viene assunto dall'amministrazione Comunale di

_____ Che ha assunto debito impegno con atto n. _____ del _____

Tale impegno vale anche per eventuali futuri aggiornamenti di retta.

La liquidazione delle giornate di presenza avverrà tenendo conto dei giorni prenotati anche se non fruiti.

Luogo e data

Firma del pagante



AUTOCERTIFICAZIONE di RESIDENZA

(Art. 46 - lettera b) D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a in _____
in data _____

consapevole

che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P. R. 445/2000)

**DICHIARA
di ESSERE RESIDENTE**

Nel Comune di _____ Prov. Di _____ in via/piazza
_____ dal _____

Ai sensi del decreto legislativo n. 196/2003 autorizza la raccolta dei presenti dati per il procedimento in corso. Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

Luogo e data

Firma del richiedente



CERTIFICATO MEDICO

Il presente certificato deve essere compilato a cura del medico curante ed è condizione necessaria per l'esame dell'accoglimento della domanda.

COGNOME e NOME _____

CODICE FISCALE _____

Stato di famiglia attuale:

- Coniugato
- Nubile/Celibe
- Vedovo/a
- Convivente con famigliari

ESENZIONI:

Indicare eventuali esenzioni, se presenti

FAMIGLIARE DI RIFERIMENTO:

Indicare nome e cognome, indirizzo e recapito telefonico

ANAMNESI FISIOLÓGICA:

- Scolarità: _____
- Lavoro antecedente: _____
- Gravidanze: _____
- Alvo: _____
- Diuresi: _____
- Diete particolari: _____
- Digestione: _____
- Alcolici _____
- Fumo No Sì n. sigarette al giorno _____
- Altro _____

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA:

(specificare in ordine cronologico: malattie, ospedale tipo intervento chirurgico)

STATO DI SALUTE ATTUALE:

Apparato neurosensoriale e condizioni psichiche:

- Lucidità
- Fasi di confusione disorientamento
- Fasi di agitazione psicomotoria
- Persistente disorientamento spazio-temporale



App. Cardiovascolare: _____

App. Respiratorio: _____

App. Digerente: _____

NECESSITA' ASSISTENZIALI:

Incontinenza:

Occasionale Abituale Doppia

Catetere:

Sì - tipo _____ No

Deambulazione:

Autonoma Accompagnamento Allettato Carrozzina

Altri Ausili _____

Igiene personale: Da solo Piccolo aiuto Totale dipendenza

Alimentazione: Da solo Piccolo aiuto Totale dipendenza

Somministrazione terapia: Da solo Piccolo aiuto Totale dipendenza

Si alza da letto: Da solo Piccolo aiuto Totale dipendenza

Uso W.C.: Da solo Piccolo aiuto Totale dipendenza

Decubiti: Assenti Iniziali

NECESSITA' DI ALTRI INTERVENTI INFERMIERISTICI:

DATA ULTIMI ESAMI ESEGUITI ED EVENTUALI DATI PATOLOGICI

ALLERGIA A FARMACI:

TERAPIA ATTUALE:

Luogo e data

Timbro e firma del medico

QUESTIONARIO

Dati dell'Ospite:

Cognome _____

Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Comune di residenza _____

Indirizzo _____

Numero di figli: _____ femmine _____ maschi

A) STATO CIVILE

- 1- Coniugato/a
- 2- Celibe o nubile
- 3- Vedovo/a
- 4- Separato/a
- 5- Divorziato/a

B) STATO DI CONVIVENZA

- 1- Vive solo/a
- 2- Vive con il coniuge
- 3- Vive con famigliari
- 4- Convive con altra persona
- 5- Proviene da altro istituto

C) ATTIVITA' PREVALENTEMENTE ESERCITATA

- 08 Non lavora ma ha svolto un lavoro retribuito – casalinga (che ha svolto un lavoro retribuito)
- 09 Non lavora ma ha svolto un lavoro retribuito – pensionato (che ha lavorato)
- 10 Non lavora ma ha svolto un lavoro retribuito – invalido – inabile (anche se pensionato)
- 11 Non lavora ma ha svolto un lavoro retribuito – disoccupato
- 12 Non lavora ma ha svolto un lavoro retribuito - altro
- 14 Non ha mai svolto lavoro retribuito – casalinga (che non ha mai svolto lavoro retribuito, anche se con pensione)
- 16 Non ha mai svolto lavoro retribuito – invalido, inabile (che on ha mai svolto lavoro retribuito)
- 17 Non ha mai svolto lavoro retribuito - altro

D) IMPORTO DELLA PENSIONE MENSILE (importi facoltativi)

- | | | |
|---|---------|---------|
| <input type="checkbox"/> 1- Pensione sociale (INPS) | € _____ | mensili |
| <input type="checkbox"/> 2- Assegno di invalidità | € _____ | mensili |
| <input type="checkbox"/> 3- Pensione I.N.P.S. | € _____ | mensili |
| <input type="checkbox"/> 4- Pensione Ministero del Tesoro | € _____ | mensili |
| <input type="checkbox"/> 5- Rendita vitalizia | € _____ | mensili |

E) SITUAZIONE ABITATIVA

- | | | |
|---------------------------------------|---|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Casa propria | <input type="checkbox"/> Casa in affitto o a riscatto | |
| Numero dei locali: | principali n. _____ | |
| | Accessori n. _____ | |
| Servizi igienici interni | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| Esistenza di riscaldamento | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| Acqua corrente interna | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |

F) MOTIVI DI RICOVERO URGENTE

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Vive solo/a | <input type="checkbox"/> Non autosufficienza |
| <input type="checkbox"/> Rapporti familiari difficili | <input type="checkbox"/> Alloggio inadatto |
| <input type="checkbox"/> Situazione economica | <input type="checkbox"/> Altri motivi: _____ |

G) PRESENTA DOMANDA CONTEMPORANEAMENTE

- | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Al coniuge | <input type="checkbox"/> Ai genitori | <input type="checkbox"/> Ai fratelli | <input type="checkbox"/> Ad altri parenti o affini |
|-------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--|

H) ALTRE EVENTUALI NOTIZIE

INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DELL'ART.13 D.LGS. 196/2003

La Fondazione La Memoria ETS per poter adempiere all'erogazione del servizio ha bisogno di conoscere i dati personali (nome cognome, codice fiscale, data di nascita, residenza ecc.,) ed i dati relativi alla salute dell'ospite, oltre ai dati riguardanti i familiari e/o le persone a cui fare riferimento per la tutela della persona. In ottemperanza alle disposizioni di cui al Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 si comunica che la Fondazione La Memoria ETS, titolare del trattamento dei dati personali (ex art.28 Dlgs 196/2003), è tenuta a fornire alcune informazioni riguardanti l'utilizzo dei dati personali e/o dati sensibili.

Fonte dei dati e finalità del trattamento

I dati personali ed i dati sensibili in nostro possesso sono raccolti direttamente dagli ospiti e/o dai loro parenti.

I dati da Lei/Voi forniti sono trattati dalla fondazione La Memoria ETS unicamente per la finalità dello svolgimento dell'attività inerente all'incarico da Lei/Voi ricevuto, nonché per le attività connesse e/o strumentali alla prestazione di tale incarico; per le finalità connesse agli obblighi previsti da leggi, da regolamenti e dalla normativa comunitaria nonché da disposizioni impartite dalle autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e controllo; i dati personali sono utilizzati per le registrazioni interne, l'emissione delle fatture di addebito retta, le comunicazioni alla Regione Lombardia, all'ASL, al Comune di residenza, per il servizio di animazione, per la gestione e l'erogazione di dati e prestazioni assistenziali al ricoverato/a nonché per la tutela della sua salute (ricoveri ospedalieri compresi), per la sua cura e per la gestione sanitaria dello stesso ospite.

La natura del conferimento di tali dati è obbligatoria.

L'eventuale rifiuto a rispondere e conferire i dati potrebbe comportare l'impossibilità oggettiva di effettuare la gestione dell'ospite e degli adempimenti riguardanti la tutela sanitaria, quali la cura, l'esame delle problematiche di salute, la richiesta di ausili sanitari, gli interventi all'interno dell'Ente o in caso di ricovero ospedaliero e le procedure amministrative quali l'emissione della retta di ricovero, comunicazioni all'interessato o ai familiari, ecc.

Modalità e trattamento dei dati

In particolare, ai sensi delle disposizioni di cui al Dlgs 196/2003, si comunica che i dati saranno trattati da parte di questa fondazione, nel rispetto delle modalità indicate dall'art. 11 del presente decreto, che prevede, tra l'altro, che i dati stessi siano trattati in modo lecito e secondo correttezza, raccolti e registrati per scopi determinati, espliciti e legittimi, esatti e, se necessario, aggiornati, pertinenti, completi e non eccedenti rispetto alle formalità del trattamento, conservati in una forma che consenta l'identificazione dell'interessato per un periodo di tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali essi sono stati raccolti e/o successivamente trattati,

Il trattamento dei dati avverrà con procedure atte a garantirne la sicurezza e la riservatezza e potrà essere effettuato oltre che con strumenti manuali anche con strumenti informatici atti a memorizzare e gestire i dati stessi. Nel caso di dati sensibili, le garanzie di riservatezza applicate da questa struttura sono improntate alla massima cautela.

Il responsabile del trattamento (ex art.29 Dlgs 196/2003) Il Direttore Andrea Pasini

L'incaricato del trattamento (ex art.30 Dlgs 196/2003) è il Direttore dell'Ente Andrea Pasini

Categorie di soggetti ai quali possono essere comunicati

I dati possono essere utilizzati e comunicati per fini istituzionali sia all'interno dell'istituzione tra le persone incaricate del trattamento, sia a soggetti esterni che svolgono funzioni strettamente connesse o strumentali alla nostra attività, funzioni che devono pertanto ritenersi fondamentali ai fini dell'efficacia e dell'efficienza della nostra struttura, agli organismi competenti alla tutela della salute, al medico coordinatore dell'ASL competente dell'Unità valutativa interna, ai medici specialistici, ed altri enti pubblici per specifici adempimenti normativi.

I diritti dell'interessato In ogni momento Lei potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento ai sensi dell'art. 7 del Dlgs 196/2003 che qui, per Sua maggiore comodità, riproduciamo integralmente:

Fondazione LA MEMORIA ETS

Art 7 DLgs 196/2003 — Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile. 2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione: dell'origine dei dati personali; delle finalità e delle modalità del trattamento; della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'art.5 comma 2; dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venire a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati. 3. L'interessato ha diritto di ottenere: l'aggiornamento, la certificazione ovvero, quando vi ha interesse l'integrazione dei dati; la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione della legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono sfati raccolti o successivamente trattati; l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato. 4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

Durata del trattamento

Informiamo che i dati forniti saranno trattati per il tempo necessario a garantire un'adeguata assistenza ai nostri ospiti e, più in generale, agli utenti della nostra struttura ed in ogni caso, in ottemperanza a quanto previsto dalle norme civilistiche e fiscali e dalle leggi.

Infine, si ricorda che per tutto quanto possa riguardare eventuali precisazioni riguardo alle misure di adeguamento alla normativa sulla protezione dei dati approntate da questa struttura si rimanda al Documento programmatico sulla sicurezza che viene redatto ed aggiornato annualmente.

Acquisizione del consenso al trattamento dei dati

Il/la sottoscritto/a, come identificati in premessa, dichiara di aver letto attentamente l'informativa sulla protezione dei dati personali rilasciata dalla Fondazione La Memoria ETS ed autorizza quest'ultima al trattamento dei propri dati personali per le finalità e con le modalità contenute nel presente documento, prestandone il proprio consenso.

Consenso ai sensi dell'art.23 del D.L.gs. 196/2003

(G. U.29 luglio 2003 Serie generale n. 174 Supplemento Ordinario n. 123/1)

Il sottoscritto _____ in qualità di:

- Diretto interessato
- Coniuge
- Familiare (grado di parentela) _____

- CONCEDE il proprio consenso
- NEGA il proprio consenso

al trattamento e alla comunicazione dei dati personali, a tutti quei soggetti di cui si abbisogni per l'espletamento del mandato istituzionale.

Luogo e data

Firma del richiedente

Fondazione LA MEMORIA ETS

Via Santa Maria 17 - 25085 Gavardo (BS) - C.F. 96000500171 - P. IVA 00728250986
Tel. 0365.34261 - Fax 0365.32220 - E-mail: amministrazione@fondazioneLAMEMORIA.it