



Richiesta di ammissione ai servizi residenziali e semiresidenziali

Il/la sottoscritto/a _____ Nato/a _____ il _____

Codice Fiscale _____

In qualità di Amministratore di sostegno tutore Familiare
Indicare il rapporto di parentela _____

Residente a _____ Prov. _____ Via _____

Telefono _____ Mail _____

Con il consenso informato dell'interessato Presente Non presente

Cognome e nome _____ Nato/a a _____ Il _____

Residente a _____ Prov. _____ Via _____

Codice fiscale _____

Chiede

L'ammissione ai seguenti servizi residenziali e semiresidenziali di Ser.S.A. Srl:

<input type="checkbox"/>	Accoglienza in regime privato (senza impegnativa)	Dal _____	Al _____
<input type="checkbox"/>	Accoglienza in regime temporaneo	Dal _____	Al _____
<input type="checkbox"/>	Accoglienza nella sezione stati vegetativi/SLA	Dal _____	Al _____
<input type="checkbox"/>	Accoglienza nella sezione Alzheimer (SAPA)	Dal _____	Al _____
<input type="checkbox"/>	Accoglienza definitiva	Dal _____	Al _____
<input type="checkbox"/>	Accoglienza in centro diurno	Dal _____	Al _____
<input type="checkbox"/>	Proroga SAPA	Dal _____	Al _____

dichiara

di aver preso visione del "Regolamento interno dei servizi residenziali e semiresidenziali diurni", di cui si impegna ad osservare tutte le norme

Prende atto inoltre

- dello schema rette giornaliere che decorre dal momento dell'ammissione e, in ogni caso, dal terzo giorno successivo alla comunicazione da parte dell'assistente sociale della disponibilità del posto letto,
- che, in caso di assenza per ricovero ospedaliero o permesso di ospiti della Casa di Riposo, viene applicata la retta intera fino al quinto giorno e il 75% della tariffa dopo il sesto giorno;
- che per i giorni di assenza, fatta eccezione per quelli dovuti a ricovero ospedaliero o malattia certificata, agli ospiti del Centro Diurno viene comunque applicata il 75% della tariffa. Tale percentuale è comunque dovuta nei casi di assenza non derivante da giustificato motivo. Per giustificato motivo si intende: - ricovero ospedaliero o malattia certificata - assenza programmata e comunicata in forma scritta al servizio con almeno 10 giorni di preavviso;
- che per il giorno di dimissione verso altra struttura viene applicato il 50% della retta;
- che per le persone autosufficienti o accolte senza impegnativa sono previste il mantenimento del proprio Medico di Assistenza Primaria e l'acquisto, in modo autonomo, dei farmaci;



- che per gli ospiti a cui è stato certificato (tramite scheda SVaMA) il passaggio dalle condizioni di autosufficienza a quelle di non autosufficienza, sarà applicata la retta intera senza impegnativa di residenzialità fino al rilascio da parte del Distretto dell'Ulss di riferimento dell'impegnativa di residenzialità e/o alla disponibilità di posti letto accreditati.

Comunica

I seguenti nominativi ed indirizzi di familiari e/o conoscenti ai quali l'Ente potrà rivolgersi in caso di necessità:

Cognome nome	Relazione di parentela	Indirizzo	Mail	Telefono

Dichiara inoltre che

il signor/la signora _____

1. Percepisce una pensione mensile di euro _____
2. Fruisce di indennità di accompagnamento di euro _____
3. Ha presentato domanda di indennità di accompagnamento in data _____

Redatto in due originali uno dei quali consegnato agli obbligati

Allega:

- Copia C.I. dell'anziano;
- Copia Verbale di Accertamento Invalidità Civile;
- Tessera Sanitaria;
- Eventuali esenzioni;
- Eventuale nomina di Amministratore di Sostegno/Tutore;
- Medicinali in uso.

Documenti consegnati:

- Carta dei Servizi;
- Regolamento Interno dei servizi residenziali e Centro Diurno;
- Codice Etico;
- Schema Tariffe;
- Decreto regionale n. 72 del 29/07/16 "Approvazione Linee di Indirizzo sulle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie erogabili a persone affette da demenza e in particolare dal morbo di Alzheimer e sui relativi costi".

Data

Firma del richiedente

Firma del rappresentante

Per ricevuta della richiesta di ammissione

Ser.S.A. s.r.l.
