

DOMANDA DI OSPITALITA'

Di _____

stato civile _____

Alla
**CASA DI RIPOSO
RESIDENZA PROTETTA
FONDAZIONE "Ceci"**
Via G.P. Marinelli, 3
60021 Camerano (AN)

__ | __

sottoscritt _____

in qualità di _____ professione _____

nat__ a _____ il _____

e residente a _____ c.a.p. _____ Via _____

_____ n. _____ telefono/cell. _____

e-mail _____ codice fiscale _____

Chiede che la persona in oggetto nata a _____

il _____ sia accolta presso la _____

(indicare Residenza Protetta o Casa di Riposo).

Inoltre dichiara di non opporsi ad eventuali spostamenti di camera che dovessero verificarsi per esigenze interne dell'Istituto.

Fa presente

allega alla presente:

- 1) Certificato rilasciato dal medico curante;
- 2) Dichiarazione sostitutiva di certificazione;
- 3) Informativa privacy;

Altri allegati.

_____, *li* _____

FIRMA

Riservato all'ufficio

Data entrata:..... Reparto:.....	Ospite R.P.: SI NO Entrata R.P. :..... Giorni R.P. Proroghe:	Data di arrivo:..... Registrato:..... N° di prot.:.....
N° guardaroba:..... Camera singola:..... Categoria:.....	Uscita R.P.	

SCHEDA DI ACCERTAMENTO DELLE CONDIZIONI DI AUTOSUFFICIENZA

Cognome _____ Nome _____ Sesso M F

Nato a _____ il _____

Residente a _____ Via _____ Tel. _____

Recapito parentale _____

(fare una X sulla risposta più vicina all'attuale condizione dell'anziano)

A) Condizioni generali	BUONE	MEDIOCRI	GRAVI
E' in grado di collaborare	SI	NO	
B) Mobilità			
Può salire o scendere le scale	SI	NO	SI CON AIUTO
Può camminare da solo	SI	NO	SI CON AIUTO
Può camminare con aiuto	SI	NO	SI CON AIUTO
Può camminare con protesi	SI	NO	SI CON AIUTO
Si sposta con carrozzella	SI	NO	SI CON AIUTO
Allettato _____ da quanto _____ mese _____ anno _____			
C) Si veste da solo	SI	NO	SI CON AIUTO
Si lava	SI	NO	SI CON AIUTO
Mangia da solo	SI	NO	SI CON AIUTO
Scrive	SI	NO	SI CON AIUTO
Legge	SI	NO	SI CON AIUTO
Utilizza da solo i servizi igienici	SI	NO	SI CON AIUTO
D) Psiche integra	SI	NO	
Con fasi di confusione	SI	NO	
Con fasi di disorientamento	SI	NO	
Con fasi di agitazione psicomotoria	SI	NO	
E) Sensorio	SI	NO	
Cecità	SI	NO	
Sordità	SI	NO	
Mutismo	SI	NO	
Disfasia	SI	NO	
F) Continenza	SI	NO	
Incontinenza vescicale	SI	NO	
Incontinenza anale	SI	NO	
Porta il catetere	SI	NO	
Porta il pannolone	SI	NO	

EVENTUALI CONDIZIONI DI NON AUTOSUFFICIENZA _____

CONDIZIONI DI PAGAMENTO DELLA RETTA DI OSPITALITA'

SERVIZI PRESTATI

La retta di ospitalità, deliberata annualmente dal Consiglio di Amministrazione della Fondazione "CECI", comprende tutte le prestazioni di carattere alberghiero (vitto, posto letto in camera doppia o singola per la quale è previsto un extra, igiene personale, pulizia dei locali, guardaroba e lavanderia), mentre le prestazioni sanitarie sono soggette a rimborso da parte dell'ASUR di competenza e non incidono, pertanto, sulla retta.

Vengono concessi, inoltre, un taglio ed una messa in piega gratuiti al mese.

Non rientrano nella retta mensile e, pertanto, sono a carico dell'ospite e dei suoi familiari un corredo iniziale, si vedano gli allegati, le spese per le analisi e le spese per i farmaci non concedibili dal Sistema Sanitario Nazionale. Per i suddetti farmaci, non concedibili dal Sistema Sanitario Nazionale, si può provvedere in due modalità:

- I familiari si impegnano personalmente ad acquistare e consegnare gli stessi direttamente al personale infermieristico della Fondazione "Ceci" e a garantire al tempo stesso sempre tale adempimento;
- I familiari acconsentono alla fornitura diretta dei suddetti farmaci da parte dell'unica farmacia attualmente presente nel Comune di Camerano, impegnandosi al tempo stesso al pagamento tempestivo degli stessi.

La modalità dovrà essere scelta mediante la compilazione e sottoscrizione di apposito modulo da richiedere e consegnare al personale infermieristico entro 3 giorni dall'ingresso dell'ospite.

Uguualmente, nel caso in cui l'ospite avesse necessità di usare dei presidi per l'incontinenza, quali i pannoloni e non gli fossero già stati assegnati gratuitamente dall'apposita commissione sanitaria, essi sono da intendersi a carico dell'anziano e dei loro familiari. Sono a carico degli ospiti anche i trasporti in ambulanza (trasferimenti ordinari)..

I pagamenti delle rette di ospitalità, in relazione alla categoria di appartenenza dell'anziano ospitato, dovranno essere effettuati entro il giorno 10 di ogni mese (si consiglia, a tale scopo, il pagamento tramite domiciliazione bancaria sul conto corrente bancario a: OSPIZIO - SPEDALE "CECI" presso la BANCA DI FILOTTRANO – CREDITO COOP.DI FILOTTRANO E CAMERANO (Filiale di Camerano (AN) via Mons. Donzelli n. 34 tel. 071/730181) con il seguente IBAN:

IBAN: IT 49 D 08549 37260 000140110123

CLASSIFICAZIONE DELLE CATEGORIE PER LA DETERMINAZIONE DELLE RETTE MENSILI

La classificazione degli ospiti viene effettuata, provvisoriamente, al loro ingresso sulla base della documentazione sanitaria e delle informazioni fornite dai familiari, quindi, definitivamente dopo i primi 15 giorni di degenza, a seguito di una più completa valutazione da parte dell'infermiere responsabile del reparto, dopo aver consultato il medico curante prescelto e tenendo presente la scheda di valutazione A.D.I. compilata dal geriatra dell'unità di valutazione distrettuale (UVGD).

La predetta valutazione determina la classificazione degli anziani ospiti in sei categorie:

- 1) autosufficienti;
- 2) parzialmente autosufficienti;
- 3) non autosufficienti;
- 4) demenze e decubiti;
- 5) dementi senili gravi.

Eventuali cambiamenti dello stato fisico e psichico dei singoli ospiti, saranno accertati durante il periodo di degenza, con le modalità di cui sopra e, conseguentemente, l'ufficio amministrativo provvederà ad aggiornare la categoria di appartenenza ed il relativo importo della retta, comunicandolo ai familiari dell'ospite.

In caso di dimissione anticipata dell'Ospite il pagamento delle competenze sarà arrotondato alla settimana (es. se la dimissione cade di giovedì si pagherà la retta fino alla successiva domenica).

In caso di ricovero ospedaliero, dopo il decimo giorno di assenza si procederà a decurtare dalla retta l'incidenza del vitto, fissata attualmente al 09,82%. L'assistenza privata ed ogni onere connesso al ricovero ospedaliero sono ad esclusivo carico dell'ospite.

Nessuna spesa funebre è da considerarsi a carico della Fondazione "Ceci".

Per la ricezione della corrispondenza l'ospite ed i suoi familiari possono scegliere fra le varie opzioni previste nell'allegato modulo da firmare all'atto di richiesta dell'ospitalità.

Il richiedente conferma quanto dichiarato nel presente foglio, accetta le suddette condizioni di pagamento della retta e le condizioni contenute nella Carta dei Servizi e nel Regolamento per il Servizio Interno allegati.

Firma

classificazione iniziale dell'ospite:

retta di ospitalità iniziale:

con decorrenza dal:

L'O.P. "Ceci" garantisce l'apertura degli uffici amministrativi nei seguenti orari:

- | | |
|-------------|---|
| - Lunedì | dalle ore 10,00 alle ore 13,00 |
| - Martedì | dalle ore 16,00 alle ore 19,00 |
| - Mercoledì | dalle ore 10,00 alle ore 13,00 |
| - Giovedì | dalle ore 16,00 alle ore 19,00 |
| - Venerdì | dalle ore 10,00 alle ore 13,00 |
| - Sabato | su appuntamento
(giorni festivi esclusi) |

Via G.P. Marinelli, 3 – 60021 Camerano (Ancona) telefono: 071730349 fax: 0712825013

e-mail: info@casariposoceci.it partita i.v.a.: 01207580422 codice fiscale: 80008890420