

## DOMANDA DI OSPITALITA'

Di \_\_\_\_\_

stato civile \_\_\_\_\_

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

\_\_\_ I \_\_\_ 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).

Dichiara di non opporsi ad eventuali spostamenti di camera che dovessero verificarsi per esigenze interne dell'Istituto, o per mutate condizioni psico-fisiche dell'ospite.

Inoltre, nel caso la domanda venga sottoscritta da un familiare, dichiara di obbligarsi in solido con l'ospite al pagamento della retta di ospitalità e degli eventuali oneri accessori a carico dell'ospite.

Fa presente

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Sono allegati alla presente:

- 1) Valutazione clinico funzionale (certificato rilasciato dal Medico di Medicina Generale);
- 2) Dichiarazione sostitutiva di certificazione;
- 3) Informativa privacy;
- 4) Consenso informato;
- 5) Consenso alla contenzione;
- 6) Elenco documenti;
- 7) Disposizioni biancheria;
- 8) Condizioni di pagamento;
- 9) Rette annuali;
- 10) Telefoni interni;
- 11) Orari visite;
- 12) Richiesta ammissione in residenza protetta con valutazione UVI prima dell'ingresso in struttura;
- 13) Autorizzazione uscite;

\_\_\_\_\_, *li* \_\_\_\_\_

**FIRMA**

\_\_\_\_\_

## SCHEDA DI ACCERTAMENTO DELLE CONDIZIONI DI AUTOSUFFICIENZA

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Sesso  M  F

Nato/a 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 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       |              |
| Autorizzazione presidi (pannoloni, ecc)               | SI    | NO       |              |

EVENTUALI CONDIZIONI DI NON AUTOSUFFICIENZA \_\_\_\_\_

---

## **CONDIZIONI DI PAGAMENTO DELLA RETTA DI OSPITALITA'**

### **SERVIZI PRESTATI**

La Fondazione "Ceci" eroga prestazioni di miglioramento del comfort alberghiero e prestazioni socio-sanitarie aggiuntive rispetto agli standard regionali e, pertanto, il sottoscrittore della presente domanda di ospitalità si impegna in solido con l'ospite a corrispondere la conseguente retta giornaliera così come annualmente determinata dal Consiglio di Amministrazione in base alla categoria di appartenenza dell'ospite, definita sulla base della relativa scheda di valutazione studiata e compilata dallo staff socio-sanitario.

Sono compresi nella retta di ospitalità il servizio di parrucchieria con un taglio e messa in piega al mese, i servizi di fisioterapia e di animazione svolto da un'educatrice professionale in base alle condizioni psicofisiche dell'anziano, il servizio svolto da parte di una psicologa a favore di anziani, familiari ed operatori che svolgono la loro attività presso la struttura ed il servizio di approvvigionamento farmaci per il quale il familiare si impegna, mensilmente o con cadenza maggiore, a corrispondere l'importo relativo agli stessi giustificato dagli scontrini fiscali.

Sono compresi nella retta anche i presidi per incontinenza oltre a quelli già assegnati gratuitamente dall'apposita commissione sanitaria o in procinto di essere assegnati.

Non rientrano nella retta mensile e, pertanto, sono a carico dell'ospite e dei suoi familiari un corredo iniziale di vestiario, si vedano gli allegati, le spese per le analisi, per le visite specialistiche e per i farmaci.

Sono a carico degli ospiti anche il supplemento per usufruire di una stanza di degenza singola, il costo relativo ai trasporti in ambulanza (trasferimenti ordinari per visite) ed il relativo accompagnamento da parte di un operatore socio-sanitario della Fondazione "Ceci" alla tariffa prevista, nel caso il familiare fosse impossibilitato.

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 intestato a: FONDAZIONE "CECI" presso la BANCA DI FILOTTRANO – CREDITO COOP.DI FILOTTRANO E CAMERANO (Filiale di Camerano (AN) via Mons. Donzelli n. 34 tel. 071/73018) con il seguente IBAN:

IBAN: IT 45 V 08549 37260 000000010123

Sarà titolo preferenziale per lo scorrimento della graduatoria d'ingresso l'aver ottenuto il provvedimento di nomina definitiva per l'Amministratore di sostegno dell'ospite.

### **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 nucleo, dopo aver consultato il medico curante prescelto e tenendo presente l'eventuale valutazione del geriatra dell'unità di valutazione distrettuale (UVI).

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

- 1) autosufficienti;
- 2) parzialmente autosufficienti;
- 3) non autosufficienti;
- 4) demenze e decubiti;
- 5) demenze 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 sia la categoria di appartenenza, studiata ed esaminata dallo staff socio-sanitario, che il relativo importo della retta, comunicandolo ai familiari dell'ospite.

In caso di dimissione dell'Ospite o in caso di decesso il pagamento delle competenze sarà calcolato fino al terzo giorno successivo alla comunicazione della dimissione o del decesso. Nel caso di dimissione la comunicazione dovrà avvenire mediante la compilazione dell'apposito modulo (Modulo dimissione dell'ospite) da richiedere in Segreteria presso gli Uffici Amministrativi e riconsegnare firmato anche a mezzo email all'indirizzo: [info@casariposoceci.it](mailto:info@casariposoceci.it).

In caso di ricovero ospedaliero o di ingresso temporaneo presso una Residenza Sanitaria Assistenziale, dopo il decimo giorno di assenza si procederà ad effettuare una decurtazione della retta di ospitalità pari a metà dell'importo giornaliero della stessa.

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".

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 di funzionamento del servizio della Fondazione "Ceci".

Firma

|  |
|--|
| Data entrata:.....<br><b>Nucleo:</b> .....<br>N° guardaroba:.....<br>Camera singola:.....<br>Categoria:..... |
|--|

|   |
|---|
| Ospite R.P.: SI NO<br>Entrata R.P. ....:.....<br>Giorni R.P. ....:.....<br><br>Uscita R.P. ....:..... |
|---|

|   |
|---|
| Data di arrivo:.....<br><br>Registrato:.....<br><br>N° di prot.:..... |
|---|

Via G.P. Marinelli, 3 – 60021 Camerano (Ancona) telefono: 071730349 fax: 0712825013  
e-mail: [info@casariposoceci.it](mailto:info@casariposoceci.it) partita i.v.a.: 01207580422 codice fiscale: 80008890420