

(Allegato n.1) **DOMANDA DI AMMISSIONE  
IN CASA DI RIPOSO "G. DIDARI"**

Al Presidente della  
Fondazione Opere Pie "G.Didari" Onlus  
Via G. Didari, 23  
63816 Francavilla d'Ete (FM)

Il/La sottoscritto/a, ai sensi della vigente **CARTA DEI SERVIZI**, della quale dichiara di aver preso integrale visione e di accettare incondizionatamente tutte le condizioni in essa contenute, ed a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 del T.U. approvato con D.P.R. 28.12.2000, n. 445, sulle responsabilità penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

**DICHIARA**

**Richiedente e/o familiare** al quale fare riferimento

COGNOME:										NOME:									
NATO/A IL:				A:								PROV. ( )							
RESIDENTE A:										PROV. ( )		VIA:		N.					
CAP.				CODICE FISCALE															
DOMICILIATO A:										VIA:		N.							
STATO CIVILE:										PROFESSIONE:									
TELEFONO					CELLULARE														
GRADO DI PARENTELA CON LA PERSONA DELLA QUALE SI CHIEDE L'AMMISSIONE:																			

**Persona "OSPITE"** della quale si chiede l'ammissione

COGNOME:										NOME:									
PATERNITA':										MATERNITA':									
NATO/A IL:				A:								PROV. ( )							
RESIDENTE A:										PROV. ( )		VIA:		N:					
CAP.				CODICE FISCALE															
TELEFONO					CELLULARE														
STATO CIVILE:																			
NUMERO FIGLI:				MASCHI N.				FEMMINE N.											
PROFESSIONE ATTUALE:										ALTRO:									
PROFESSIONE PRECEDENTE:																			
TITOLO DI STUDIO:																			
PENSIONE (propria, di reversibilità, di invalidità, di accompagnamento, etc.):																			
NUMERO:					CATEGORIA:					€MESE									
NUMERO:					CATEGORIA:					€MESE									
NUMERO:					CATEGORIA:					€MESE									
NOMINATIVO MEDICO CURANTE:																			
NUMERO LIBRETTO SANITARIO:																			
NUMERO EVENTUALE ESENZIONE TICKET:																			

**DURATA DELL'INSERIMENTO:**

A tempo indeterminato

Temporaneamente dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**MOTIVO DELLA DOMANDA**

(segnare con una croce solo un motivo, quello prevalente)

- La persona ha perso l'autonomia fisica/psichica
- La famiglia non è in grado di provvedere
- La persona vive sola
- L'alloggio è inadatto
- Altro

**LA PERSONA AL MOMENTO DELLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA È:**

- Soggetto che accede alla struttura direttamente dal domicilio
- Soggetto in dimissione da una struttura psichiatrica
- Soggetto in dimissione da una struttura sanitaria (ospedaliera) accreditata
- Soggetto in dimissione da una struttura sanitaria (ospedaliera) non accreditata
- Soggetto in dimissione da istituto di riabilitazione
- Soggetto in dimissione da altra struttura (centro diurno integrato e ricovero a pagamento - ricovero di sollievo - emergenza pronto intervento in altre RSA)
- Altro

**LA PERSONA USUFRUISCE DI BUONO SOCIO SANITARIO?**

- Sì
- No (in lista di attesa)
- No

**LA PERSONA È RICONOSCIUTA DALLA ASL INVALIDA?**

- Sì
- No

**PAGAMENTO RETTA**

**LA PERSONA DELLA QUALE SI CHIEDE L'AMMISSIONE È IN GRADO DI FRONTEGGIARE LA RETTA GIORNALIERA?**

- Sì
- No

**SE NO, IL RICHIEDENTE O ALTRI PARENTI SI IMPEGNANO A FRONTEGGIARE LA DIFFERENZA TRA LA PENSIONE PERCEPITA DALLA PERSONA DELLA QUALE SI CHIEDE L'AMMISSIONE E LA RETTA GIORNALIERA?**

- Sì
- No

Fracavilla D'Ete li .....

FIRMA DELLA PERSONA DELLA QUALE  
VIENE CHIESTA L'AMMISSIONE

FIRMA DEL RICHIEDENTE

.....

.....

**Documentazione obbligatoria da allegare alla domanda di ammissione:**

- UVD (unità valutazione distrettuale) rilasciata dall'Asur zt di provenienza;
- Certificato del Medico curante dell'Ospite attestante lo stato di salute e l'assenza di cause che possono essere di impedimento alla vita di collettività o Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO);
- Copia dell'ultima dichiarazione dei redditi dell'Ospite ed anche di colui o coloro (parente/tutore/curatore/amministratore /legale rappresentante) che interverranno economicamente al versamento della retta mensile di ricovero e del deposito cauzionale; tramite produzione: modello Unico, 730, CUD o altro, eventuale certificazione ISEE dell'ultimo anno;
- Fotocopia dell'eventuale verbale d'invalidità;
- Documento d'identità dell'interessato;
- Codice fiscale dell'interessato;
- Tessera sanitaria dell'interessato;
- Libretto sanitario dell'interessato;
- Tessera esenzione pagamento ticket (in mancanza della quale sarà a carico del ricoverato o dei familiari la quota relativa ad esami specialistici);
- Documentazione sanitaria di visite o ricoveri ospedalieri precedenti (cartella clinica personale);
- Fotocopia del libretto di pensione.

Dopo la valutazione e deliberazione del CDA della Fondazione Opere Pie "G. Didari" Onlus della domanda di ammissione, qualora esistano più richieste con esito favorevole, viene formata una lista di attesa, e successivamente ci sarà da compilare e firmare il **Contratto di Inserimento** a cui si devono allegare i seguenti documenti:

- Richiesta di cambio di residenza presso il Comune di Fracavilla d'Ete per soggetti già residenti fuori provincia;
- Eventuale delibera della Giunta Comunale del Comune di provenienza in caso di compartecipazione alla retta mensile.

## **DECR. LEGISL. 196/03 “CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI”**

### **INFORMATIVA**

La informiamo ai sensi dell'art. 13 del decr. Legislativo 196/03 “Codice in materia di protezione dei dati personali” che i dati personali da Lei forniti al momento della richiesta di presentazione ovvero successivamente acquisiti, anche da terzi, mediante comunicazione telefonica o per iscritto oppure verbalmente, potranno formare oggetto di trattamento nel rispetto della normativa in oggetto.

Il trattamento dei dati è finalizzato innanzi tutto all'assolvimento degli obblighi legali previsti dalla normativa vigente, nonché all'assolvimento degli obblighi di legge per la tenuta di contabilità e tutti i relativi adempimenti.

I dati saranno inseriti prevalentemente in archivi cartacei oppure in banche dati informatiche ed il loro trattamento, che potrà essere effettuato attraverso strumenti automatizzati e/o non automatizzati comprenderà tutte le operazioni o complesso di operazioni previste dall'art. 4 lett. A) decr. legislativo 196/03 e necessari al trattamento in questione.

I dati potranno venire comunicati a terzi (strutture di conteggio ed elaborazione di dati contabili, commercialisti), che per conto nostro curano gli adempimenti fiscali e contabili.

Con riferimento ai dati sensibili, in particolare risultanti da ricette o prescrizioni mediche o comunque in altro modo forniti, si informa che gli stessi potranno venire trattati sia con sistemi informatici che non informatici delle persone appositamente incaricate. Tali dati sono necessari per l'esecuzione della prestazione e per l'aggiornamento e verifica di eventuali ulteriori prestazione.

La informiamo che i Suoi dati potranno essere inseriti in elenchi utilizzati per comunicazioni ai seguenti soggetti ASL, medici, strutture sanitarie in caso di necessità.

Informiamo altresì che in relazione ai predetti dati Lei potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 e sogg. del decr. legislativo 196/03, che consistono nella possibilità di verifica dei dati, di richiesta di variazione cancellazioni degli stessi, se con richiesta legittima.

Informiamo inoltre che il titolare del trattamento dei dati è Fondazione Opere Pie “G.Didari” Onlus con sede in Francavilla d'Ete, Via G. Didari n. 23.

I soggetti che, nell'ambito delle loro mansioni, possono venire a conoscenza dei Suoi dati in qualità di incaricati sono i soggetti addetti agli uffici amministrativi, il personale infermieristico, i collaboratori e i volontari.

Facciamo presente che il conferimento dei dati suddetti in generale non è obbligatorio ma l'eventuale rifiuto ad autorizzare la comunicazione dei Suoi dati ai soggetti sopra indicati, comporta l'impossibilità di procedere alla conclusione del contratto e all'impedimento delle prestazioni richieste.

### **CONSENSO**

Letta l'informativa, consento espressamente al trattamento dei dati personali miei e/o del mio familiare per il quale la presente è formulata, per la gestione della domanda d'ingresso, e per le azioni connesse, come sopra specificato.

Francavilla D'Ete li .....

Il Presidente  
Avv. Massimo Petracci

.....

FIRMA DELLA PERSONA DELLA QUALE  
VIENE CHIESTA L'AMMISSIONE

FIRMA DEL RICHIEDENTE

.....

.....