



**FONDAZIONE MADONNA DEL CORLO**

Corso Garibaldi, 3 - 25017 Lonato del Garda (BS) - C.F.02964900175 - P.IVA 00712050988  
www.madonnadelcorlo.it - info@madonnadelcorlo.it - info.casadiriposolonato@pec.it

**DOMANDA DI INGRESSO PRESSO LA RESIDENZA SANITARIA PER ANZIANI**

PER

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via/P.zza \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Tessera sanitaria (cod. assistito) \_\_\_\_\_

Carta d'identità \_\_\_\_\_ scadenza il \_\_\_\_\_

La parte sottostante è da compilare solo nel caso in cui chi la compila non sia il diretto interessato.  
È necessario allegare un documento di identità.

**DATI DEL GARANTE O REFERENTE PRINCIPALE O AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO**

*Si considera garante la persona o l'ente che, in forza di vincoli personali e/ o legali, oppure per scopo istituzionale, o per mera liberalità, anche in assenza di formale espressione di volontà di mandato o rappresentanza o delega da parte dell'ospite, garantisce e/ o assume personalmente ed irrevocabilmente tutti gli obblighi (finanziari, morali di fare o non fare) derivanti dalla stipula del contratto di accoglienza e fino alla risoluzione dello stesso.*

Cognome e nome – Eventuale grado di parentela o Amministratore di Sostegno \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_

Via/P.zza \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

## SCelta DELLA TIPOLOGIA DI OFFERTA:

- Stanza singola solventi € 89/giornalieri
- Stanza doppia solventi € 79/giornalieri
- Stanza doppia/tripla accreditati € 60/giornalieri

## DATI SOCIALI:

**Stato civile:** (barrare la casella di riferimento)

- Coniugata/o;
- Divorziata/o;
- Nubile/celibe;
- Separata/o;
- Vedova/o.

**N. figli** \_\_\_\_\_

Maschi \_\_\_\_\_

Femmine \_\_\_\_\_

## Stato di convivenza:

- vive solo/a;
- vive con il coniuge;
- vive con i familiari;
- convive con altra persona;
- proviene da altro istituto/ospedale (specificare quale \_\_\_\_\_)

## Invalidità civile:

- Sì \_\_\_\_\_%
- No

## Indennità di accompagnamento:

- Sì;
- No;
- In attesa.

## Posizione nella professione al momento dell'ingresso in RSA:

- Attualmente svolge un lavoro retribuito (specificare \_\_\_\_\_);
- Attualmente non lavora ma ha svolto un lavoro retribuito: casalinga;
- Attualmente non lavora ma ha svolto un lavoro retribuito: pensionato;
- Attualmente non lavora ma ha svolto un lavoro retribuito: invalido, inabile, anche se pensionato;
- Attualmente non lavora ma ha svolto un lavoro retribuito: disoccupato
- Attualmente non lavora ma ha svolto un lavoro retribuito: altro
- Non ha mai svolto lavoro retribuito;

## Titolo di studio:

- Analfabeta;
- Licenza elementare;
- Licenza di scuola media inferiore;
- Scuola professionale;
- Diploma di scuola superiore;
- Laurea.

## Situazione pensionistica:

- Nessuna pensione;
- Anzianità/vecchiaia;
- Sociale
- Tipologia speciale (guerra, infortunio sul lavoro);
- Reversibilità;
- Invalidità.

**Motivo del ricovero;**

- vive da solo/a;
- non autosufficiente;
- rapporti familiari difficili;
- alloggio non idoneo;
- situazione economica;
- altri motivi.

**Indicare eventuale terapia in corso:**

\_\_\_\_\_

Indicare se paziente dializzato:

- Sì – Indicare frequenza: \_\_\_\_\_
- No

<b>DATI SANITARI</b>
----------------------

Ats di appartenenza \_\_\_\_\_

Medico di base \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Esenzione ticket:

- Sì N°ESENZIONE \_\_\_\_\_
- No.

**La domanda avrà validità triennale e verrà annullata d'ufficio alla scadenza del triennio, previo avviso al richiedente che potrà comunque riformularla.**

Data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

Il richiedente Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ si impegna:

- a) a sottoporre a visita medica il futuro Ospite prima dell'accoglimento nella Rsa acconsentendo che lo stesso si sottoponga ad eventuali indagini volte ad escludere la presenza di sintomi sospetti da Covid;
- b) ad accompagnare    predett\_ presso la Residenza Sanitaria Assistita, in caso di accettazione della presente domanda, con gli effetti personali dell'Ospite;
- c) ad autorizzare l'Ente a dimettere l'Ospite, dopo un periodo di giorni 15 (quindici), qualora insorgessero motivi che a discrezione della Direzione comportassero l'impossibilità di vivere in comunità con altri ospiti;
- d) a sollevare da ogni e qualsiasi responsabilità la Direzione e l'Amministrazione dell'Ente qualora l'Ospite si allontanasse dalla Sede senza aver avvisato la Direzione e qualora accadessero all'Ospite incidenti di qualsiasi natura, fuori dalla Casa che lo ospita;
- e) a dichiarare di essere a conoscenza che, a giudizio insindacabile della Direzione, il Paziente può essere spostato di camera a seconda delle esigenze;
- f) ad impegnarsi personalmente al pagamento mensile anticipato della retta di degenza in vigore relativa alla tipologia di ricovero per cui ha espresso la preferenza e cioè:
  - € 89 camera singola solventi
  - € 79 camera doppia solventi
  - € 60 camera doppia posto accreditato
- g) di essere a conoscenza che la retta potrà essere variata, a giudizio insindacabile, dal Consiglio di Amministrazione;
- h) di autorizzare l'esposizione del proprio nominativo all'esterno della stanza presso cui sarà alloggiato;
- i) di impegnarsi al pagamento dell'autoambulanza qualora ce ne fosse la necessità.

**DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA:**

- 1) fotocopia tessera sanitaria;
- 2) fotocopia carta d'identità non scaduta;
- 3) fotocopia verbale di invalidità
- 4) modello Obis-M
- 5) nomina Amministratore di Sostegno (se presente)

IN FEDE – Il richiedente

---

<b>DATA</b>			
<b>NOMINATIVO OSPITE</b>			
<p>Si informa che il trattamento dei dati comuni e sanitari è eseguito nel rispetto del D. Lgs. 196/03 e successivi sulla Privacy al fine di elaborare le informazioni necessarie ad erogare il servizio di assistenza e cura previsto dalla Rsa. In relazione a tale trattamento possono essere esercitati tutti i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 e successivi.</p>			
<b>1 SITUAZIONE AL DOMICILIO</b>			
Vive da solo		<input type="checkbox"/>	
Vive da solo con badante		<input type="checkbox"/>	
Vive in famiglia		<input type="checkbox"/>	
<b>2 CAMMINO</b>			
Obbligato a letto/carrozzina/poltrona		<input type="checkbox"/>	
Necessaria presenza costante di una o più persone per il cammino		<input type="checkbox"/>	
Autonomo nel cammino		<input type="checkbox"/>	
<b>3 USO CARROZZINA</b>			
Da solo		<input type="checkbox"/>	
Con aiuto		<input type="checkbox"/>	
<b>4 IGIENE PERSONALE</b>			
Dipende da tutti i punti di vista/non in grado di badare alla propria igiene		<input type="checkbox"/>	
Necessita di aiuto		<input type="checkbox"/>	
Totalmente autonomo		<input type="checkbox"/>	
<b>5 ALIMENTAZIONE</b>			
Alimentazione artificiale (Peg, sondino naso-gastrico)		<input type="checkbox"/>	
Va imboccato		<input type="checkbox"/>	
Autonomo		<input type="checkbox"/>	
<b>6 CONFUSIONE</b>			
Completamente confuso/non riconosce le persone		<input type="checkbox"/>	
Incerto e dubbioso		<input type="checkbox"/>	
Perfettamente lucido		<input type="checkbox"/>	
<b>7 IRRITABILITA'/AGGRESSIVITA'</b>			
Qualsiasi contatto è causa di irritabilità/E' sempre aggressivo		<input type="checkbox"/>	
Talvolta è aggressivo		<input type="checkbox"/>	
E' calmo		<input type="checkbox"/>	
<b>8 IRREQUIETEZZA</b>			
Molto irrequieto, si muove in continuazione, non riesce a stare seduto		<input type="checkbox"/>	
Talvolta si agita e gesticola		<input type="checkbox"/>	
E' tranquillo		<input type="checkbox"/>	
<b>9 E' INVALIDO AL 100% E PERCEPISCE ASSEGNO DI ACCOMPAGNAMENTO?</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>10 RELAZIONE ASSISTENTE SOCIALE</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>11 E' ATTUALMENTE RICOVERATO UN SUO FAMILIARE?</b>			
<input type="checkbox"/> CONIUGE <input type="checkbox"/> FRATELLO /SORELLA <input type="checkbox"/> ALTRO		<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>12 È AFFETTO DA PATOLOGIE NOTE?</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
Elencare le principali (es. malattie del cuore, diabete, ecc.):			
<b>13 HA ESEGUITO VACCINAZIONE ANTICOVID 19 O E' STATO DICHIARATO GUARITO?</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>14 E' IN DIALISI?</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>15 E' AFFETTO DAL MORBO DI ALZHEIMER?</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>16 E' RESIDENTE/DOMICILIATO PRESSO I MINIALLOGGI E IN POSSESSO DI CERTIFICAZIONE DI SOPRAGGIUNTA NON AUTOSUFFICIENZA?</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>17 USURUISCE DI RSA APERTA PRESSO LA FONDAZIONE</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>18 E' FUMATORE?</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>Per consenso</b>			