

**DOMANDA DI AMMISSIONE NELLA CASA DI RIPOSO/RESIDENZA PROTETTA**

**GENERALITÀ DELL'OSPITE:**

Il / La sig. / a: ..... C.F. ....  
nato a ..... il ..... Sesso:  Maschio  Femmina  
residente a ..... via.....  
Stato Civile:  celibe / nubile  coniugato / a  separato /a  vedovo / a  
Cittadinanza ..... n° figli ..... Tel. ....  
Indennità di accompagnamento:  si  no  in attesa

**GENERALITÀ DEL GARANTE E/O PERSONA DI RIFERIMENTO CHE SI IMPEGNA AL PAGAMENTO DELLA RETTA:**

Il / La sig. / a: ..... C.F.: .....  
nato/a a ..... il .....  
residente a ..... Via: .....  
dichiara di agire come .....

1) rapporto di parentela

CHIEDENDO l'ingresso nella Casa di Riposo / Rp in camera: Singola  Doppia

del/la sig./a: ..... , impegnandosi a :

1) comunicare eventuale rinuncia del posto;  
2) ad osservare e rispettare tutte le norme riportate nel "Regolamento interno degli Ospiti"

**D I C H I A R A:**

- ❖ Di aver preso atto dell'ammontare della retta di degenza mensile;
- ❖ di garantire che tale retta e suoi eventuali aumenti saranno corrisposti dai familiari e/o altri, come da regolare impegnativa preliminare prodotta contestualmente alla presente;

**COMUNICA** i seguenti nominativi dei familiari e/o conoscenti ai quali l'Ente potrà rivolgersi in caso di necessità con le seguenti priorità indicate:

Cognome e Nome	RAPP. PAR. (1 )	Indirizzo	Telefono

**FONDAZIONE "ADOLFO CONTI"**

Casa di Riposo / Residenza Protetta  
 Via C. Battisti, 48 - 60030 MERGO (AN)  
 Tel. 0731/814821 - Fax 0731/814821  
 Email: [operapia50@libero.it](mailto:operapia50@libero.it)  
[www.casadiriposoconti.it](http://www.casadiriposoconti.it)

Mergo.....

**IMPEGNATIVA PRELIMINARE PER INGRESSO****IL/I SOTTOSCRITTO/I:**

I° Referente:

Sig./a .....	C.F. ....
nato/a a .....	il .....
residente a .....	via .....
Rapporto di parentela: .....	Tel. ....

II° Referente:

<b>Sig./a</b> .....	C.F. ....
nato/a a .....	il .....
residente a .....	via .....
Rapporto di parentela: .....	Tel. ....

III° Referente:

<b>Sig./a</b> .....	C.F. ....
nato/a a .....	il .....
residente a .....	via .....
Rapporto di parentela: .....	Tel. ....

**IN RELAZIONE ALLA DOMANDA DELL'OSPITE:**

<b>Sig./a:</b> .....	C.F.:	.....
nato/a a .....	il .....	.....

**RAPPORTO DI PARENTELA: CONIUGE - FIGLIO/A - FRATELLO/SORELLA - NIPOTE DIRETTO/INDIRETTO - GENERO/NUORA -ALTRO**

SI IMPEGNA/IMPEGNANO:

- ❖ al pagamento anticipato delle rette di ospitalità, effettuato tramite bonifico bancario, o a mezzo bollettino di ccp. **entro e non oltre il giorno 10 del mese**, nella misura e con le scadenze stabilite, per tutto il periodo di degenza della persona richiedente per la quale si chiede l'ammissione, garantendo l'obbligazione con i propri beni mobili ed immobili, con i propri redditi e rendite di qualsiasi natura. La retta mensile, già stabilita dal C.d.A. della Fondazione, verrà applicata all'ospite ad ingresso avvenuto, e sarà imputata in relazione al grado di assistenza necessario all'ospite. La retta potrà essere soggetta a variazioni dovute all'eventuale modificazione delle condizioni psico-fisiche dell'Ospite e in base agli aggiornamenti di volta in volta stabiliti dal Consiglio di Amministrazione dell' Ente;
- ❖ ad accettare incondizionatamente tutte le norme previste nel Regolamento Interno della Struttura;
- ❖ a stipulare il "**CONTRATTO DI OSPITALITÀ**" all'atto dell'ammissione dell'Ospite.

Firma:

L'OSPITE

.....  
I° referente.....  
II° referente.....  
III° referente

# CONSENSI INFORMATICI

IL/I SOTTOSCRITTO/I:

I° Referente:

<b>Sig./a</b> .....	C.F.	.....
nato/a a .....	il	.....
residente a .....	via	.....
Rapporto di parentela: .....	Tel.	.....

II° Referente:

<b>Sig./a</b> .....	C.F.	.....
nato/a a .....	il	.....
residente a .....	via	.....
Rapporto di parentela: .....	Tel.	.....

III° Referente:

<b>Sig./a</b> .....	C.F.	.....
nato/a a .....	il	.....
residente a .....	via	.....
Rapporto di parentela: .....	Tel.	.....

## IN RELAZIONE ALLA DOMANDA DELL'OSPITE:

<b>Sig./a:</b> .....	C.F.:	.....
nato/a a .....	il	.....

.....

## ➤ CONSENSO AL RICOVERO PRESSO LA CASA DI RIPOSO – RP “A. CONTI”

**I referenti informati dei rischi generici che possono accadere all'interno della struttura, esonerano la Fondazione dai seguenti rischi:**

- nel caso in cui un'Ospite non autorizzato si allontani arbitrariamente dalla struttura, la Fondazione non risponde delle eventuali conseguenze;  
La Fondazione per tutelare la sicurezza degli Ospiti, è dotata di sistemi sorvegliati e l'apertura degli ingressi è comandata dal personale in servizio automaticamente o tramite chiave;
- gli Ospiti sono soggetti agli stessi rischi ed agli stessi tipi di infortuni che possono capitare nell'ambiente domestico;
- si garantisce giornalmente un'assistenza agli Ospiti maggiore di quella stabilita dalla Regione Marche;

Consapevoli di tutto ciò, danno il loro **ASSENSO** al ricovero presso la **CASA DI RIPOSO – RP “A. Conti.”**

**Si**

**No**

.....

➤ **CONSENSO ALL'USO DI AUSILI PER LA MOBILITA' ED EVENTUALI MEZZI DI CONTENZIONE**

**PREMESSO CHE:**

uno dei principi degli Operatori è di proteggere l'Anziano non Autosufficiente, senza limitarne la libertà, nel rispetto delle leggi e dei Codici Deontologici.

Gli Operatori devono agire tra il diritto soggettivo ed inalienabile alla libertà individuale ed il dovere di tutelare la persona di fronte ad un possibile rischio, mediante **L'USO DEGLI AUSILI PER LA MOBILITÀ E LA CONTENZIONE**, che deve essere considerato come un trattamento Terapeutico-Assistenziale, utilizzato per uno stato di necessità della persona e non dell'organizzazione di lavoro.

Nell'uso di tale mezzo deve essere rispettato il principio che è del MMG e dell'Infermiere la responsabilità di valutare la situazione di possibile rischio, pertanto sarà il MMG a proporre un'azione di contenzione proporzionata al rischio, monitorata e verificata.

Si chiede il consenso dell'interessato e dei loro familiari, non per "copertura legale" ma per adesione ad un protocollo Assistenziale.

Informati dei rischi che si potrebbe correre, se non fossero utilizzati gli Ausili per la mobilità e gli eventuali mezzi di contenzione ritenuti necessari,

**AUTORIZZANO**

**NON AUTORIZZANO**

il personale Infermieristico e Assistenziale all'uso degli ausili per la mobilità e di eventuali mezzi di contenzione prescritti del Medico Medicina Generale.

Data .....

**FIRMA OSPITE:**

.....

.....

I° Referente:

.....

II° Referente