

DOMANDA D'INGRESSO

ALLA FONDAZIONE PENSIONATO "LIVIA CAVALIERI GALLERANI" ONLUS - CENTO

OSPITE

Il sottoscritto Sig./Sig.ra.....nato a.....(.....)
Il residente ain Via.....n.....,
rivolge all'Amministrazione di codesto Ente la presente Domanda d'ingresso
residenziale/temporaneo dal..... al..... presso codesto Istituto.

PARENTE e/o AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO (Riferimento 1)

Il sottoscritto Sig./Sig.ra.....nato/a.....
il..... codice fiscaleresidente ain
Via.....n cell,
e-mail..... in qualità di parente di riferimento e/o
Amministratore di sostegno convalida la domanda dell'Ospite impegnandosi a sottoscrivere, in caso
di accettazione, il **Contratto di Accoglimento, la Domanda di scelta del Medico indicato dall'Ente
e le comunicazioni agli Enti vari. (per TAO, ausili vari ecc.)**

Altri parenti di riferimento:

Riferimento (2) relazione di parentela
C.F..... Sig./Sig.ra
cell. e-mail
Riferimento (3) relazione di parentela
C.F..... Sig./Sig.ra
cell. e-mail

Dichiarano di aver ricevuto la seguente documentazione:

l'informativa privacy per Ospite e Riferimenti (1),(2) e (3)
di avere ricevuto Copia della CARTA DEI SERVIZI.
di avere ricevuto Copia del REGOLAMENTO INTERNO.

Centò, il _____

Firma dell'Ospite

Firma del

Riferimento (1) _____

Riferimento (2) _____

Riferimento (3) _____



Documenti da consegnare all’Infermiera della Struttura per l’esame della Domanda. Possono essere consegnati a mano oppure via e-mail all’indirizzo: infermeria.pensionato@gmail.com

- Carta d’identità e codice fiscale dell’Ospite e dei Riferimenti (1), (2) e (3)
- Copia della nomina di amministratore di sostegno
- Documentazione sanitaria: Recapiti del Medico di Medicina Generale (MMG), Terapia in corso, datata e firmata dal MMG, Piani terapeutici se presenti, ultimo ricovero se presente, Anamnesi passata e recente firmata da MMG, Visite specialistiche di rilievo, es: geriatrica, Eventuali visite ed esami già prenotati, Certificato d’invalidità, Certificato di tutte le vaccinazioni eseguite, certificato di assistenza da parte dei Servizi Sociali del Comune se disponibile.
- Domanda d’ingresso
- Accettazione privacy ospite e riferimenti (1), (2) e (3)

L’ente esaminerà la documentazione prodotta, e comunicherà al Riferimento (1) l’esito entro 5 giorni lavorativi dalla data di presentazione della domanda, se ritenuto idoneo, invita tutti i Riferimenti, a sottoscrivere il **Contratto di accoglimento e gli altri documenti specificati nella domanda** e stabilire congiuntamente, la data e l’ora dell’ingresso .

In caso di richiesta di riparto delle spese fra tutti i Riferimenti, il **Contratto di accoglimento** dovrà essere sottoscritto da tutti e l’impegno assunto **solidalmente dai richiedenti**.

Firma dell’Ospite

Firma del

Riferimento (1) _____

Riferimento (2) _____

Riferimento (3) _____



EQUIPE DI VALUTAZIONE (Medico, Infermiera, RAA)

I° VALUTAZIONE

Si comunica che l'equipe di valutazione ha giudicato il Sig./Sig.ra _____
IDONEA / NON IDONEA alla nostra Struttura.

Se Idonea, l'ingresso avverrà il giorno _____ alle ore _____

Il giorno _____ l'Equipe effettuerà, passati 30 giorni dall'ingresso, la II° valutazione
per stabilire il grado di necessità assistenziale.

Data _____

Firma Infermiera _____

II° VALUTAZIONE

	1° GRADO	2° GRADO	3° GRADO
a) NECESSITA' DI ASSISTENZA	b)	c)	d)

Data _____

Firma Infermiera _____



Pensionato Cavalieri 
Mettiamoci il cuore
Disponibilità e gentilezza al servizio
della persona anziana

DA PORTARE:

Farmaci anche aperti in uso
Tessera sanitaria magnetica,
Bustina o beauty case con nome
Prescrizione pannoloni,
Spazzolino da denti,
Dentifricio,
Kukident
Porta dentiera,
Pettine,
Lacca