



Spett. le A.S.P.

CASA di RIPOSO "A. SUAREZ"

Via Garibaldi,39

17057 CALIZZANO (Sv)

**Oggetto: DOMANDA DI AMMISSIONE**

Il/La sottoscritto/a

\_\_\_\_\_

nat \_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a

\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_\_; C.F. \_\_\_\_\_;

proveniente da( Casa propria, Casa di Riposo, Ospedale)

\_\_\_\_\_

dati della Persona responsabile dell'ammissione:

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ in qualità

di \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_

e-mail : \_\_\_\_\_

## CHIEDE

L'AMMISSIONE A TEMPO DETERMINATO/INDETERMINATO PRESSO CODESTA STRUTTURA, DENOMINATA "CASA DI RIPOSO A. SUAREZ", con sede in Calizzano (Sv), con alloggio:

- In camera doppia/tripla con bagno
- In camera singola con bagno

## A TAL FINE SI IMPEGNA A:

1. Comunicare tempestivamente eventuali rinunce
2. Ad osservare tutte le norme emanate o emanande previste dai Regolamenti di codesta struttura

## COMUNICA

I SEGUENTI NOMINATIVI E RECAPITI DI FAMILIARI/CONOSCENTI CUI L'ENTE POTRA' RIVOLGERSI IN CASO DI NECESSITA':

1	Cognome e nome	Relazione parentela	telefono
2			
3			
4			
5			

## ALLEGA la seguente documentazione:

Originale tessera sanitaria

Originale libretto sanitario

Fotocopia carta identità (in corso di validità)

Fotocopia verbale ASL di accertamento invalidità civile (se presente)

Dichiarazione ISEE

Atto di nomina di eventuale Amministratore di sostegno/Tutore

Se il ricoverando fosse residente nel comune di Calizzano, per richiedere la tariffa agevolata (per 15 anni minimi di residenza nel predetto comune) è necessario dichiararlo.

Calizzano, \_\_\_\_\_

*firma del Ricoverando o di chi ne fa le veci*

\_\_\_\_\_

## IMPEGNATIVA AL PAGAMENTO RETTA

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ prov. ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_ dell'ospite Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
ammesso/a in camera \_\_\_\_\_ a far data dal giorno \_\_\_\_\_

### SI IMPEGNA A :

- 1 versare una cauzione equivalente all'importo di una mensilità che verrà restituita a fine degenza;
- 2 versare un anticipo di € 100,00 quale deposito sulle spese di medicinali;
- 3 corrispondere, in solido con l'ospite sopracitato nei modi stabiliti dal CdA, la retta mensile pari a €. .... entro e non oltre il giorno 5 di ogni mese;
- 4 a riconoscere nel caso in cui all'atto della presente ammissione sia stata stabilita la retta di 'semi autosufficienza' e successivamente subentri da parte dell'ASL il regime di convenzionamento con tariffa sanitaria, la retta da pagare sarà rideterminata e riferita alla intera retta alberghiera in vigore;
5. accettare le rette della Casa di Riposo A. Suarez di Calizzano attualmente in vigore così come in dettaglio indicate nel prospetto che precede la sottoscrizione della presente impegnativa ;
6. rimborsare le spese mediche e/o di medicinali, ed eventuali spese di trasporto;
- 7 provvedere tempestivamente alla presa in carico dell'ospite qualora questi fosse dimesso dall'Ente, manlevando l'Amministrazione della Casa di Riposo da qualsiasi responsabilità;
- 8 accettare, previa tempestiva notifica, ogni e qualsivoglia aumento e/o variazione dell'importo della retta mensile decisa dall'Amministrazione dell'Ente;
- 9 accettare ogni eventuale spostamento dell'ospite da una camera ad un'altra (nel limite della scelta per una camera singola o doppia) che, ad insindacabile giudizio da parte dell'Amministrazione, sia finalizzato a garantirne una migliore assistenza e/o per motivi organizzativi;
- 10 accettare le norme che L'Amministrazione emanerà ogni qualvolta si rendano necessarie ed opportune per il buon funzionamento della Casa di Riposo.

## MODALITA' DI PAGAMENTO RETTA

IL PAGAMENTO DELLA RETTA MENSILE DEVE ESSERE EFFETTUATO ENTRO I PRIMI CINQUE GIORNI DEL MESE CORRENTE, MEDIANTE DELEGA RID/BONIFICO BANCARIO A FAVORE DI :

“CASA DI RIPOSO A.SUAREZ” – IBAN : IT 10C 03425 49340 CC 0200810503-

c/o BANCO DI CREDITO P. AZZOAGLIO S.P.A. - Agenzia di Calizzano -

NELLA CAUSALE DI VERSAMENTO INDICARE::

Retta mese di..... a favore della Casa di Riposo "A. Suarez" di Calizzano per l'ospite

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

**Art. 8 (Regolamento accettazione/ammissione/dimissioni/decesso ospiti)**

### **Rimborsi – Restituzione Cauzione**

1. In caso di decesso o di dimissione dell'ospite, a partire dal quindicesimo giorno del mese in corso, la retta si intende corrisposta per tutto il mese, non essendovi diritto di alcun rimborso.
2. In caso di decesso o di dimissione dell'ospite, entro il quattordicesimo giorno del mese, si procederà al rimborso della quota della retta corrispondente ai giorni effettivamente non goduti, dietro istanza scritta della persona responsabile dell'ospite o dell'ospite stesso, da presentarsi inderogabilmente entro un mese dal decesso /dimissioni.
3. Non sono rimborsabili, ai fini della retta, le giornate di eventuale ricovero ospedaliero o di assenze temporanee per altra motivazione.
4. Le istanze per la restituzione della cauzione devono essere presentate entro un mese dal decesso o dalla dimissione dell'ospite
5. Le istanze di rimborso pervenute oltre al termine di cui al comma 2 non saranno prese in considerazione

Calizzano, \_\_\_\_\_

*firma del Ricoverando o di chi ne fa le veci*

\_\_\_\_\_

## RETTE

RETTE DAL 1° MARZO 2020	QUOTA ALBERGHIERA			QUOTA DI NON AUTOSUFFICIENZA			
	CALIZZANESE Con AGED sino a10	NON CALIZZANESE Con AGED sino a10	CONVENZIONATO ASL	AGED da 10,1 a 14	AGED da 12,1 a 14	AGED da 14,1 a 16	AGED oltre 16
CAMERA SINGOLA	1.725,00	1.725,00		80,00	150,00	250,00	270,00
			1.725,00	Tariffa convenzione ASL			
CAMERA DOPPIA	1.240,00	1.410,00		80,00	150,00	250,00	270,00
			1.410,00	Tariffa convenzione ASL			

Letto, approvato e sottoscritto.

Firma del ricoverando o di chi ne fa le veci

---

## **INFORMAZIONI UTILI PER GLI OSPITI**

### **BIANCHERIA PERSONALE:**

Tre o quattro cambi di biancheria personale in fibre naturali, evitando il più possibile capi in poliestere, prediligendo tute o comunque abbigliamento pratico e di facile lavatura/asciugatura . E' necessario etichettare con il numero assegnato ogni capo personale. Pantofole chiuse

### **PRODOTTI PER L'IGIENE DELL'ANZIANO:**

Dentifricio, spazzolino, carta igienica, fazzolettini di carta, spugna per bagno, rasoio elettrico (per gli uomini), bacinella.

### **ORARIO DI AMMISSIONE OSPITI :**

Dalle ore 8:30 alle ore 11:00 e dalle ore 13:30 alle ore 18:00

### **PASTI CON PARENTI**

Gli ospiti possono pranzare con i parenti previo avviso presso la segreteria anticipatamente per un numero ogni volta limitato di persone (da 1 a 3 parenti)(attività momentaneamente sospesa)

### **ORARIO DI VISITA**

Momentaneamente e fino a data da destinarsi, le visite( su appuntamento) sono consentite nel rispetto scrupoloso dell'Ordinanza del Ministero della Salute dell'8 maggio 2021. Le indicazioni ministeriali vengono comunicate preventivamente ai visitatori.

### **TELEVISIONE**

E' possibile portare la propria televisione in camera e, se si tratta di camera doppia/tripla, è consigliato l'uso delle cuffie (eventualmente fornibili dalla struttura)

### **FUMO**

In tutta la struttura vige il tassativo divieto di fumo ai sensi della Legge n°3/2003 (e successive modifiche)

### **VALORI**

La struttura ed il personale non sono responsabili per furti, smarrimento, deterioramento di cose e/o oggetti di varia natura (valori, orologi, protesi, occhiali, ecc)

## AUTORIZZAZIONE all'USCITA CON/SENZA ACCOMPAGNATORE

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di

\_\_\_\_\_

del/della Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ ospite della

Casa di Riposo "A.Suarez" di Calizzano,

### AUTORIZZO

Io/la stesso/a ad uscire dalla struttura

- Autonomamente
- con Accompagnatore, che dovrà attenersi al Regolamento interno in materia.

*Firma del Richiedente* \_\_\_\_\_

Calizzano, \_\_\_\_\_

## REGOLAMENTO OSPITI

- Gli Ospiti sono invitati a tenere un comportamento corretto nei confronti degli altri Ospiti, del Personale e dei Visitatori.
- In caso di uscita all'esterno della struttura con accompagnatori/parenti, questi ultimi sono tenuti a firmare in entrata ed in uscita l'apposito registro conservato c/o i locali Infermeria(1° e 2° piano), avendo cura di rientrare entro l'orario previsto per i pasti (attività momentaneamente sospesa)
- Nel caso l'Ospite consumi il pasto fuori dalla struttura, si prega di avvisare tempestivamente il Personale/ Cucina (attività momentaneamente sospesa)
- Il personale di assistenza privato deve preventivamente avvertire la Direzione della propria presenza in struttura e ritirare presso la Segreteria apposito regolamento (attività momentaneamente sospesa)
- E' vietato fumare ovunque, all'interno della struttura ed utilizzare apparecchiature /strumenti elettrici o a gas (phon, fornelli , ecc..)
- E' consentita la personalizzazione delle camere, con possibilità di utilizzare piccoli arredi personali come orologi, quadri, su autorizzazione della Direzione
- E' consigliato non tenere con sé ingenti somme di denaro o oggetti di valore. I valori possono essere depositati nella cassaforte dell'ufficio Segreteria, ricevendo relativa ricevuta. Il Personale non è responsabile per eventuali smarrimenti di denaro e/o oggetti di valore compresi protesi ed occhiali. Idem in caso di deterioramento di oggetti di varia natura.
- I parenti degli ospiti possono pranzare in struttura con il proprio congiunto dandone preventiva comunicazione alla Segreteria (almeno il giorno prima; una settimana prima per le Festività)(attività momentaneamente sospesa)
- Previa autorizzazione della Direzione ed in casi di effettiva necessità, gli ospiti possono essere assistiti per l'assunzione del pasto. (attività momentaneamente sospesa). L'assistenza socio-sanitaria resta di esclusiva pertinenza del Personale qualificato
- I parenti /visitatori che desiderino portare dolci o altri generi alimentari, preferibilmente confezionati industrialmente, devono avvisare preventivamente il personale infermieristico
- Le visite sono consentite al momento e fino a data da destinarsi previo appuntamento.
- Eventuali effetti personali di ospiti dimessi o deceduti vengono conservati in struttura per un periodo massimo di 3 mesi, dopo di che cestinati se non ritirati.
- A cura dei famigliari, sul vestiario dell'ospite, per opportuna identificazione, dovrà essere applicato il numero assegnato all'ingresso in struttura. La Casa di Riposo dispone del servizio lavanderia, ma non si assume alcuna responsabilità per lo smarrimento o il deterioramento dei capi di vestiario
- I parenti possono conferire con il Direttore Sanitario e/o con i medici curanti



# DOCUMENTAZIONE DOCUMENTAZIONE SANITARIA SANITARIA

## **ESAMI OBBLIGATORI da ESEGUIRSI PRIMA dell' INSERIMENTO in STRUTTURA a CURA del RICOVERANDO:**

( da allegare al certificato medico )

- ANTI HCV,
- HBS Ag.;
- TAMPONE RETTALE per RICERCA KLEBSIELLA KPC.
- TAMPONE MOLECOLARE PER RICERCA COVID-19 ( eseguito e refertato nelle 48 ore precedenti il ricovero in struttura)

---

### **SCELTA DEL MEDICO CURANTE PRESSO LA CASA DI RIPOSO "A. SUAREZ":**

(nome e  
cognome) \_\_\_\_\_

# CERTIFICATO MEDICO

( da compilarsi a cura del medico curante)

## COERENZA

Coerente \_\_\_\_\_

Parzialmente coerente \_\_\_\_\_

Incoerente \_\_\_\_\_

## ORIENTAMENTO

Ben orientato \_\_\_\_\_

Parzialmente orientato o  
saltuariamente orientato \_\_\_\_\_

Disorientato in tempo  
e/o spazio \_\_\_\_\_

## VISTA

Vede bene \_\_\_\_\_

La funzione è parzialmente  
conservata \_\_\_\_\_

Non vedente \_\_\_\_\_

## UDITO

Sente bene \_\_\_\_\_

La funzione è  
parzialmente conservata \_\_\_\_\_

Non udente \_\_\_\_\_

**IGIENE PERSONALE**

Autosufficiente \_\_\_\_\_

Parzialmente autosufficiente \_\_\_\_\_

Non autosufficiente \_\_\_\_\_

**ABBIGLIAMENTO**

Autosufficiente \_\_\_\_\_

Parzialmente autosufficiente \_\_\_\_\_

Non autosufficiente \_\_\_\_\_

**AIUTO NELL' ALIMENTAZIONE**

Nessun aiuto \_\_\_\_\_

Adattamento al pasto \_\_\_\_\_

Aiuto totale e sorveglianza  
continua \_\_\_\_\_

**CONTINENZA URINARIA**

Continente \_\_\_\_\_

Incontinente saltuario \_\_\_\_\_

Incontinente frequente \_\_\_\_\_

**ANALE**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DEAMBULAZIONE**

Nessun aiuto \_\_\_\_\_

Aiuto meccanico \_\_\_\_\_

Aiuto umano \_\_\_\_\_

**PESO**

\_\_\_\_\_

**EVENTUALI LESIONI DA DECUBITO**

\_\_\_\_\_

**SE PRESENTI, SPECIFICARE TIPO E ZONA**

**ALLERGIE/INTOLLERANZE**

\_\_\_\_\_

**DIABETE**

\_\_\_\_\_

**FUMATORE/FUMATRICE**

\_\_\_\_\_

**VACCINAZIONE ANTI COVID 19**

SI

NO (\_\_\_\_\_)

**VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE**

acconsento / non acconsento

**VACCINAZIONE ANTIPNEUMOCOCCICA**

acconsento / non acconsento

**Informato/a circa le indicazioni profilattiche e dei rischi connessi sia alla pratica, sia alla rinuncia, esprimo il mio consenso/dissenso alla esecuzione delle suddette vaccinazioni.**

**TERAPIA IN CORSO:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Firma del Medico curante** \_\_\_\_\_



## RISERVATO ALL'ENTE

### Parere del Responsabile Sanitario della Casa di Riposo A. Suarez

---

Il sottoscritto Direttore Sanitario della Casa di Riposo A. Suarez di Calizzano, esprime il parere seguente sulle condizioni psico-fisiche del \_\_\_ Ricoverand \_\_\_

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

- trattasi di Persona Autosufficiente
- trattasi di Persona Non Autosufficiente

#### NOTE – OSSERVAZIONI – SUGGERIMENTI :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Calizzano, \_\_\_\_\_

#### IL RESPONSABILE SANITARIO

*Dott. Giorgio Barberis*

\_\_\_\_\_

#### AUTORIZZAZIONE

Vista la domanda di ammissione presentata per il ricovero

del\_ Sig.\_ \_\_\_\_\_, ed il parere del

Responsabile Sanitario , se ne autorizza l'ammissione.

Calizzano, \_\_\_\_\_

Il Presidente

\_\_\_\_\_

## **Orario di accesso al pubblico**

**Mattino:** dalle ore 10.00

dal lunedì al sabato

Pomeriggio: martedì e venerdì

dalle ore 15,00

e su appuntamento.

Contatti: tel 019 79668

fax 019 7904669

e-mail: [info@casasuarez.it](mailto:info@casasuarez.it)

VISITATE IL SITO : [WWW.CASASUAREZ.IT](http://WWW.CASASUAREZ.IT)