

DOMANDA D'INGRESSO NEI MINI ALLOGGI

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ provincia _____ il _____

residente in _____ Cap. _____ C.F. _____

Via _____ Tel. _____

Titolare di pensione:

N. _____ categoria _____ Importo mensile _____

N. _____ categoria _____ Importo mensile _____

inoltra la presente domanda al fine di potere avere in uso un appartamento presso i Mini Alloggi di proprietà della Fondazione Restelli onlus, per se e per _____

Il/La sottoscritto/a si impegna ad osservare le norme del regolamento.

FIRMA del richiedente _____

FIRMA del garante _____

COGNOME E NOME _____ C.F. _____

INDIRIZZO: _____

RECAPITI TELEFONICI _____

Data, _____

REGOLAMENTO PER L'USO DEI LOCALI DEI MINI ALLOGGI

1. La Fondazione Restelli onlus è proprietaria di mini alloggi costituiti da monolocali – bilocali inseriti nel complesso della Fondazione Giuseppe Restelli Onlus.
2. Tali mini alloggi vengono concessi dalla Fondazione, previa domanda per il loro godimento, a persone singole (comunque di età non inferiore ad anni 65) o a coniugi dei quali almeno uno dei due sia già pensionato o in età pensionabile . L'Ente si riserva, in caso di necessità, di assegnare un altro mini alloggio.
3. All'arredamento del mini alloggio è provvisto di arredi in materiale ignifugo, attrezzature elettriche rispondenti alle normative vigenti e cucine munite di sistema per il blocco automatico del gas o piastra elettrica. L'occupante potrà dotare l'alloggio anche di arredi propri compatibili con l'agibilità e la sicurezza dell'alloggio stesso.
4. Il mini alloggio è dotato di allacciamenti elettrici e gas, di impianto di riscaldamento e raffrescamento, di acqua fredda e calda e di apparecchio telefonico collegato con il centralino della Casa di Riposo (saranno addebitati esclusivamente gli scatti telefonici).
5. Le persone che occuperanno tali mini alloggi, prima del loro ingresso, dovranno presentare relazione del medico curante comprovante le malattie precedentemente sofferte, lo stato di salute e di autosufficienza, e sottoporsi a valutazione medica da parte del Servizio Sanitario della Fondazione.
Il Responsabile del Servizio Sanitario ha facoltà di chiedere eventuale documentazione sanitaria (relazioni ospedaliere, referti di visite specialistiche, esami di laboratorio e strumentali) o ulteriori accertamenti diagnostici.
A cura della Direzione Amministrativa e Sanitaria, saranno stabilite periodicamente, delle visite mediche per constatare lo stato di salute.
Allorchè per sopravvenute infermità o per altre cause venissero meno i requisiti richiesti per la concessione del mini alloggio, a parere del Responsabile Sanitario della Fondazione e su conforme relazione dello stesso attestante l'incapacità di condurre il mini alloggio e di vivere da solo, si trasferisce la persona, con precedenza sulle richieste esterne, e previa presentazione della domanda di ricovero, controfirmata dai parenti, nella RSA.

L'interessato può comunque stabilire autonomamente di lasciare il mini alloggio. L'Ente può, inoltre, procedere alla revoca dell'assegnazione e/o alla dimissione dell'assegnatario in caso che lo stesso arrechi molestia o disturbi alla Casa.

6. La persona che si trasferisce nella RSA resta impegnata al pagamento della retta in atto in quel momento per gli altri Ospiti della Casa.
7. Il mini alloggio viene concesso dietro versamento, da parte degli interessati, di un contributo mensile comprensivo dei servizi di cui al punto 4 che viene determinato dal Consiglio di Amministrazione.
I contributi devono essere versati in forma anticipata entro il 5 di ogni mese con valuta prefissata.
In caso di ritardato pagamento – oltre i tre mesi – si applicheranno gli interessi legali dalla data di scadenza del contributo sino al giorno dell'effettivo pagamento.
L'assegnatario deve versare al momento dell'ingresso un deposito (pari a 3 mesi) a garanzia del buon funzionamento e mantenimento dei locali o per il mancato pagamento del contributo.
Il Consiglio di Amministrazione dell'Ente procederà di regola annualmente alla revisione dei contributi in relazione agli aumentati costi di gestione della Casa.
8. E' vietato ospitare in modo permanente nel mini alloggio parenti o altre persone. Per l'ospitalità di qualche giorno è necessaria l'autorizzazione della Direzione dell'Ente.
9. Gli occupanti dei mini alloggi devono provvedere direttamente agli acquisti per il vitto, alla preparazione di esso e a tutto quanto altro necessario per una buona conduzione dell'alloggio.
10. E' possibile usufruire del servizio ristorante della Casa (previa prenotazione) e del servizio di lavanderia e stireria, dietro rimborso delle somme stabilite dal Consiglio di Amministrazione.
E' possibile usufruire, in caso di necessità, del servizio di guardia medica, e su richiesta del medico curante di prestazioni ambulatoriali (medicina specialistica, controllo pressione, iniezioni, fisioterapia, prelievi, medicazioni) a condizioni agevolate (sconto 50%). I medicinali sono a carico degli interessati.
E' possibile partecipare, inoltre, alle funzioni religiose presso la Cappella della Fondazione, ed alle altre attività ricreative e di animazioni sociale previste dal programma (mercato settimanale, gite ai parchi ecc.; supporto per soggiorni estivi e pellegrinaggi).

-2-

11 -Ogni occupante riceverà tutti i giorni dalle ore 8.00 alle ore 9.00 e dalle ore 9.00 alle ore 20.00 la telefonata degli addetti al centralino per il “Buongiorno e la Buonasera” . E’ necessario segnalare le assenze temporanee.

In caso di necessità in tutto l’arco delle 24 ore, su chiamata tramite il campanello di allarme, interverrà un operatore della Fondazione.

Gli occupanti dei mini alloggi e il garante, prima del loro ingresso prenderanno conoscenza delle norme di cui sopra e del contratto sottoscrivendone una copia per accettazione.

Firma del richiedente _____

Firma del garante _____

Data, _____

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

- 1 – CERTIFICAZIONE MEDICA ATTESTANTE LE CONDIZIONI DI SALUTE GENERALI;
(ALLEGATA)
- 2 – DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (ALLEGATA);
- 3 – FOTOCOPIA DEL CODICE FISCALE;
- 4 – FOTOCOPIA DELLA CARTA D'IDENTITA';
- 5 – FOTOCOPIA DELLA TESSERA SANITARIA;
- 6 – FOTOCOPIA DEL TESSERINO DI ESENZIONE DEL TICKET;
- 7 – FOTOCOPIA DEL FRONTESPIZIO DEL/I LIBRETTO/I DI PENSIONE IN GODIMENTO.

PER IL MEDICO CURANTE

Egregio Collega,

La preghiamo Voler cortesemente compilare il questionario allegato.

Le notizie vengono richieste a puro titolo informativo per meglio inquadrare le esigenze del paziente e per razionalizzarne maggiormente la destinazione nell'Istituto stesso.

Con molti ringraziamenti, cordiali saluti.

IL RESPONSABILE SANITARIO

dr.ssa Milena Bianchi

8. QUESTIONARIO SANITARIO

(da compilare in ogni parte e da allegare alla domanda di accoglimento)

Cognome e nome: _____ età: _____

Anamnesi Patologica (con particolare riguardo a precedenti ricoveri in Ospedale Psichiatrico)

Esente da malattie infettive: _____

Può vivere in comunità: _____

ESAME OBIETTIVO GENERALE

Decubito Obbligato: _____

Indifferente: _____

Respiro Normale: _____

Dispnea: _____

Minzione Spontanea: _____
Da catetere: _____
Polso: _____ Pressione arteriosa: _____
Deambulazione: _____

ESAME OBIETTIVO PARTICOLARE

Cute: Piaghe da decubito: presenti (regione): _____
assenti: _____

Sottocute: Edemi: presenti: _____
assenti: _____

Apparato circolatorio: _____

Apparato respiratorio: _____

Apparato digerente: _____

Apparato uro-genitale: _____

Apparato nervoso: _____

Apparato visivo: _____

Apparato uditivo: _____

Terapia in atto: _____

data: _____

MEDICO CURANTE

(Firma e timbro leggibile)