



PRIMO PROTOCOLLO

RINNOVI

N°	R1	N°	R2	N°	R3	N°
DATA						

Dati del diretto interessato:

Cognome			
Nome			
Data di Nascita			Sesso
Luogo di nascita	Cap	Prov.	
Residenza	Via	N.	
	Comune	Cap	Prov.
Telefono			
E-mail			
Codice Fiscale			
Medico Curante			
Stato Civile			
Cognome - Nome coniuge (da indicare anche in caso di vedovanza)			

Dati di chi inoltra la domanda (se diverso dall'Interessato)

Cognome			
Nome			
Data di Nascita			Sesso
Luogo di nascita	Cap	Prov.	
Residenza	Via	N.	
	Comune	Cap	Prov.
Telefono			
E-mail			
Codice Fiscale			
In qualità di	<input type="checkbox"/> Prossimo congiunto <input type="checkbox"/> Amministratore di Sostegno <input type="checkbox"/> Legale Rappresentante <input type="checkbox"/> Altro (Specificare)		

Si richiede valutazione per la definizione di progetto residenziale, sulla base dei livelli assistenziali previsti nella struttura, indicati nell'allegato "02 R-C prospetto rette in vigore", in regime assistenziale

 NON CONVENZIONATO

 DGR 233080/21

 CONVENZIONATO

Fascia

A tal fine il dichiarante:

 SI IMPEGNA a prendere visione della Carta dei Servizi, Del Codice Etico e del Regolamento Interno

 DICHIARA di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali allegata alla presente modulistica

**DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA:**

- copia della carta d'identità e codice fiscale dell'interessato
- copia del verbale di invalidità civile
- copia della carta d'identità e codice fiscale di chi presenta la domanda (se diverso dall'interessato)

CONTATTI

Gli interpellati in caso di disponibilità di posto avvengono tramite i recapiti indicati dal richiedente.

Si invita per tanto ad una attenta e dettagliata compilazione della sezione che segue.

Se indicato, l'indirizzo di posta elettronica verrà utilizzato per la notifica dell'interpello.

In caso di irreperibilità/mancata risposta all'interpello, la domanda viene automaticamente riprotocollata dopo 24 ore dal primo tentativo di contatto.

Cognome

Nome

Grado di parentela

Residenza

Cel. 1 Cel. 2

Contatti Fisso Abitazione Fisso Lavoro

E-mail

Cognome

Nome

Grado di parentela

Residenza

Cel. 1 Cel. 2

Contatti Fisso Abitazione Fisso Lavoro

E-mail

Cognome

Nome

Grado di parentela

Residenza

Cel. 1 Cel. 2

Contatti Fisso Abitazione Fisso Lavoro

E-mail

La valutazione dei requisiti di ammissibilità della domanda da parte dell'Equipe pluridisciplinare interna, è preliminare all'effettivo inserimento residenziale dell'interessato in Struttura.

Data ____/____/____

Firma del diretto Interessato (ove possibile)

Firma di chi presenta la Domanda (se diverso dall'interessato)

Firma del Responsabile del processo (o delegato)

**PARTE A CURA DELL'ENTE - Convocazioni****1° Convocazione per la valutazione (R1)**

Data / /

effettuata da:

- Non viene effettuata la convocazione in quanto l'inserimento avviene in regime convenzionato
- La persona contattata non è reperibile tramite i recapiti indicati
- La persona contattata ha rifiutato la convocazione per la seguente motivazione: _____
- La persona contattata ha accettato la convocazione
- Non viene richiesta la valutazione del diretto interessato
- Viene richiesta la valutazione del diretto interessato
- Al domicilio - concordata per il giorno ____/____/____ alle ore ____:____
- In struttura - concordata per il giorno ____/____/____ alle ore ____:____

2° Convocazione per la valutazione (R2)

Data / /

effettuata da:

- Non viene effettuata la convocazione in quanto l'inserimento avviene in regime convenzionato
- La persona contattata non è reperibile tramite i recapiti indicati
- La persona contattata ha rifiutato la convocazione per la seguente motivazione: _____
- La persona contattata ha accettato la convocazione
- Non viene richiesta la valutazione del diretto interessato
- Viene richiesta la valutazione del diretto interessato
- Al domicilio - concordata per il giorno ____/____/____ alle ore ____:____
- In struttura - concordata per il giorno ____/____/____ alle ore ____:____

3° Convocazione per la valutazione (R3)

Data / /

effettuata da:

- Non viene effettuata la convocazione in quanto l'inserimento avviene in regime convenzionato
- La persona contattata non è reperibile tramite i recapiti indicati
- La persona contattata ha rifiutato la convocazione per la seguente motivazione: _____
- La persona contattata ha accettato la convocazione
- Non viene richiesta la valutazione del diretto interessato
- Viene richiesta la valutazione del diretto interessato
- Al domicilio - concordata per il giorno ____/____/____ alle ore ____:____
- In struttura - concordata per il giorno ____/____/____ alle ore ____:____



SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO PRELIMINARE

N.B.: Con La sottoscrizione del contratto preliminare, si accettano le condizione e clausule indicate nel Regolamento di struttura con particolare riferimento alle condizioni economiche espresse nell'articolo "9".

Esito della valutazione della documentazione prodotta e/o del diretto interessato, effettuata in data

- L'equipe esprime **parere negativo** all'inserimento per la seguente motivazione:
- L'equipe esprime **parere favorevole** all'inserimento dell'ospite in regime assistenziale di:
- La domanda viene accolta con riserva: l'equipe stabilisce di rivalutare la possibilità di permanenza dell'Ospite in struttura e/o il regime assistenziale di gestione al termine di un periodo di prova di n. ____giorni.
- Non si prevede fermo-camera
- Si concorda fermo camera dal giorno ____/____/____
(comporta il pagamento della quota stabilita in € _____ a decorrere dalla data indicata)

Data e ora concordata per l'Inserimento ____/____/____

Da concordare

Provenienza dell'Interessato _____

Firma del contraente

Firma del responsabile del processo

PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO

Il/la sottoscritto/a _____ a seguito di esito espresso dall'Equipe di valutazione multidisciplinare, dichiara di accettare le condizioni e i termini contrattuali stabiliti preliminarmente

e in seguito all'inserimento in struttura in fascia assistenziale

per la quale è prevista la tariffa giornaliera di €

0,00

L'equipe si riserva la facoltà di rideterminare la fascia assistenziale di appartenenza, dopo un periodo di osservazione dell'Ospite osservazione dell'Ospite stabilito in gg. 30.

L'interessato o il soggetto che presenta la domanda si impegna a corrispondere la quota stabilita. dall'Equipe.

- L'interessato o il soggetto che presenta la domanda richiede l'attivazione del servizio di lavanderia capi personali, impegnandosi a corrispondere la quota economica applicata (ove prevista).

Il Sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali.

Firma del contraente

Firma del responsabile del processo

VARIAZIONE DELLE CONDIZIONI CONTRATTUALI

- | | | | | |
|--------------------------|--|----------------------|-------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | Passaggio da/a regime convenzionato | Decorrenza | Firma RAB | _____ |
| | Da <input type="text"/> a <input type="text"/> | <input type="text"/> | Firma Dichiarante | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Variazione del profilo assistenziale | Decorrenza | Firma RAB | _____ |
| | Da <input type="text"/> a <input type="text"/> | <input type="text"/> | Firma Dichiarante | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Variazione del profilo assistenziale | Decorrenza | Firma RAB | _____ |
| | Da <input type="text"/> a <input type="text"/> | <input type="text"/> | Firma Dichiarante | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Variazione del profilo assistenziale | Decorrenza | Firma RAB | _____ |
| | Da <input type="text"/> a <input type="text"/> | <input type="text"/> | Firma Dichiarante | _____ |