

PERSONA PROVENIENTE DA:

- OSPEDALE \_\_\_\_\_
- DOMICILIO – COMUNE \_\_\_\_\_
- TRASFERIMENTO DA ALTRO CENTRO SERVIZI \_\_\_\_\_
- TRASFERIMENTO DA SERVIZIO EXTRAOSPEDALIERO \_\_\_\_\_

**Al Direttore Generale  
ISTITUTO ASSISTENZA ANZIANI  
Via Sandro Baganzani, 11  
37124 – VERONA**

Il/La sottoscritto/a, in qualità:

- di Amministratore di Sostegno (AdS) \_\_\_\_\_ oppure \_\_\_\_\_
- di Referente per il Comune di \_\_\_\_\_

con la presente, presenta:

### **D O M A N D A**

**protocollo n.** \_\_\_\_\_ **del** \_\_\_\_\_

affinché il/la Sig./a \_\_\_\_\_<sup>1</sup>

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

di stato civile \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_

con **SVAMA**

- DA ATTIVARE
- GIÀ ATTIVATA presso \_\_\_\_\_ e in attesa di esito
- GIÀ IN POSSESSO con punteggio \_\_\_\_\_ profilo \_\_\_\_\_

venga accolto/a presso questo Istituto, nel seguente Centro Servizi (CS) per

#### **Anziani Non Autosufficienti:**

- AL PARCO – Via S. Baganzani, 11 – VERONA Tel. 045/8080111
- LORO – Viale Caduti del Lavoro, 1 - VERONA Tel. 045/8080111
- LEO CIRLA – Via Scuola Agraria, 7 – Marzana - VERONA Tel. 045/550625
- DON CARLO STEEB - Via Don C. Steeb, 4 – VERONA Tel. 045/8080810
- SANTA CATERINA - Via Don C. Steeb, 4 – VERONA Tel. 045/8080810

il CS assicura la totale assistenza di base e l'ordinaria sorveglianza medico-infermieristica. In tale struttura non possono essere accolte persone in condizioni psicofisiche molto gravi, che richiedono una protezione sanitaria elevata;

### **OPPURE**

venga accolto/a presso questo Istituto nel seguente Centro Residenziale (CR) per

<sup>1</sup> Di seguito denominato "Ospite".

### Anziani autosufficienti:

- DON CARLO STEEB - Via Don C. Steeb, 4 – VERONA Tel. 045/8080810
- CASA FAMIGLIA VIA TAORMINA – Via Taormina, 12 – VERONA Tel. 045/8100499

### PRINCIPALI INFORMAZIONI CONTRATTUALI

Al momento della sottoscrizione del contratto, dopo l'accoglimento della presente domanda, l'AdS e/o il Comune di \_\_\_\_\_, dovrà/anno impegnarsi ad assumere gli obblighi contrattuali che di seguito si riassumono:

- **per AdS**, impegno al pagamento di tutte le spese (retta di degenza) relative al mantenimento dell'Ospite, nessuna esclusa – **per Comune di \_\_\_\_\_**, impegno in tutto o in parte al pagamento della retta di degenza;
- presa d'atto che la retta di degenza comprende tutte le spese sostenute dall'Istituto per l'erogazione delle prestazioni previste dalla Carta dei Servizi, che, allegata al contratto, ne fa parte integrante e che il contraente dichiara di ricevere ed accettarne i contenuti;
- presa d'atto che la retta di degenza e le successive variazioni sono stabilite dal Consiglio di Amministrazione dell'Istituto (in caso di assenza temporanea volontaria dell'Ospite la retta giornaliera viene ridotta del 50% - in caso di ricovero ospedaliero, la retta viene ridotta del 25% per tutto il periodo di ricovero);
- **solo per Ads**, impegno di dover procedere al versamento della retta, presso il Tesoriere dell'Istituto, **mediante SDD (Sepa Direct Debit – domiciliazione bancaria)** attraverso compilazione di apposito **modulo** che sarà consegnato agli Uffici Amministrativi dell'Istituto stesso prima dell'accoglimento dell'Ospite (con tale modulo si autorizza l'Istituto Assistenza Anziani a disporre sul conto corrente dell'impegnato al pagamento, con addebito in via continuativa);
- presa d'atto che in conseguenza di modifiche delle condizioni di salute dell'Ospite, certificate sulla base della valutazione della scheda SVAMA e dalla redazione ed aggiornamento del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI), o per disposizioni delle autorità sanitarie in ordine al rispetto della sicurezza in struttura nei casi di particolari eventi rischiosi (ad es. pandemia Covid-19), l'Ospite stesso può essere trasferito in reparti o in sedi diverse rispetto a quella dell'accoglimento iniziale, le quali risultino più idonee dal punto di vista sanitario e sociale;
- presa d'atto che questo Istituto, per dar seguito alla presente richiesta e successivamente provvedere all'assistenza ed alla cura dell'Ospite, nonché all'assolvimento degli obblighi di carattere normativo ed amministrativo connessi, tratterà i dati (comuni e particolari) riguardanti l'ospite Interessato oltre che i dati (comuni e particolari) degli obbligati stessi, o di altri familiari dell'ospite e/o persone cui fare riferimento per la tutela della persona, e conseguentemente, **ne autorizzerà il trattamento** nelle modalità e nei limiti previsti dal D. Lgs. n. 196 del 30/06/2003 e ss. mm. e ii. e del Regolamento Europeo n. 2016/679 (GDPR);
- nel caso in cui i mezzi per garantire la copertura della retta di degenza non siano sufficienti, **l'Ads deve attivarsi** presso il Comune di residenza dell'ospite al momento del ricovero (ex art.13 bis della L.R. n.5/96); la richiesta di intervento, ai sensi della legge 328/2000 art. 25, del decreto legislativo 109/1998, del decreto legislativo 130/2000 e dell'art. 7 comma 3 della L.R. 22/1989 è a totale carico dell'Ads e deve quindi essere gestita personalmente dallo stesso, esonero l'Ente da ogni incombenza e responsabilità.

2

### INFORMAZIONI SU MODALITÀ DI ACCESSO – IMPEGNATIVA DI RESIDENZIALITÀ

Le modalità di accesso nei **Centri Servizi per anziani non autosufficienti** sono stabilite dalla Regione Veneto ed in particolare dal "Regolamento e Linee Guida per i servizi a favore dei cittadini anziani non autosufficienti" dell'Azienda ULSS N. 9 e dalle linee guida adottate in relazione al Coronavirus (SARS-CoV-2).

L'inserimento nelle liste di attesa, per i Centri Servizi, viene effettuato attraverso l'Unità Operativa Distrettuale (formata, di norma, dal medico di famiglia, dall'assistente sociale di zona e dal Responsabile di Distretto) se la persona è al proprio domicilio, o attraverso l'Unità Operativa geriatrica ospedaliera se la persona è degente in Ospedale. **Detta valutazione, denominata SVAMA, attesta il grado di non autosufficienza della persona e determina la priorità nell'accoglimento.** Al fine di attivare tale valutazione, è necessario rivolgersi sempre al Distretto Socio-Sanitario di

appartenenza dell'Interessato. La gestione della graduatoria e l'emissione dell'impegnativa di residenzialità o semiresidenzialità è di pertinenza dell'U.AR. (Ufficio Assistenza Residenziale) dell'ULSS N. 9 secondo i regolamenti approvati dalla medesima Azienda.

L'ingresso nei **Centri per persone anziane autosufficienti** è subordinato ad una valutazione da parte dell'Istituto delle condizioni del richiedente, al fine di accertare lo stato di **capacità economica** e sulla base della documentazione fornita dal medico curante in relazione alle condizioni di salute.

**DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE AL MOMENTO  
DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO**

(in carenza della quale la domanda non potrà essere accolta)

- 1) Fotocopia della tessera sanitaria ed eventuali esenzioni sanitarie dell'Ospite
- 2) Fotocopia del codice fiscale dell'Ospite
- 3) Fotocopia del verbale d'invalidità (se in possesso) oppure fotocopia della domanda d'invalidità dell'Ospite
- 4) Fotocopia del documento d'identità e codice fiscale dell'impegnato al pagamento della retta di degenza
- 5) Fotocopia del decreto di nomina dell'Ads
- 6) relazione economica, riguardo la persona da accogliere, redatta dall'AdS o dal Referente del Comune di \_\_\_\_\_, nella quale venga dimostrata la capacità economica di assolvere al pagamento della retta di degenza
- 7) modulo SDD.

**Il/la sottoscritto/a richiedente prende atto ed è consapevole che, con la presente domanda, l'Istituto non risulta in alcun modo obbligato all'accoglimento dell'ospite, fino al momento della sottoscrizione del contratto e che – pertanto – l'Istituto stesso si riserva di rigettare la domanda per motivi oggettivi.**

Il/la sottoscritto/a richiedente \_\_\_\_\_

3

in qualità di **Amministratore di Sostegno (AdS)**

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

telefono fisso \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_

pec personale \_\_\_\_\_

**OPPURE**

in qualità di **Referente per il Comune<sup>2</sup>** di \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

firma

Verona, \_\_\_\_\_

<sup>2</sup> La sottoscrizione della presente domanda, può essere sostituita da documento protocollato.