

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, con la presente, presenta:

DOMANDA
protocollo n. _____ del _____

affinché il/la Sig./a _____¹

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

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

¹ Di seguito denominato "Ospite".

PRINCIPALI INFORMAZIONI CONTRATTUALI

Al momento della sottoscrizione del contratto, dopo l'accoglimento della presente domanda, l'obbligato e/o gli obbligati, dovranno impegnarsi - **in solido** - ad assumere gli obblighi contrattuali che di seguito si riassumono:

- impegno, in solido, al pagamento di tutte le spese (retta di degenza) relative al mantenimento dell'Ospite, nessuna esclusa;
- 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);
- impegno di dover procedere al versamento della retta, entro la fine del mese successivo a quello di riferimento 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);
- impegno di versare una cauzione nel caso di:
 - a) Ospite non autosufficiente privo dell'impegnativa di residenzialità (la cauzione viene restituita all'atto della dimissione dell'Ospite o nel caso di passaggio in quota sanitaria);
 - b) Ospite assistito da familiare in qualità di Amministratore di Sostegno (AdS) (la cauzione viene restituita solo dopo la dimissione previa verifica del regolare pagamento delle somme dovute all'Istituto);
- 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, gli obbligati **devono 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 degli obbligati e deve quindi essere gestita personalmente dagli stessi, esonero l'Ente da ogni incombenza e responsabilità.

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 del documento di identità, della tessera sanitaria, di eventuali esenzioni sanitarie e del codice fiscale dell'Ospite
- 2) Fotocopia del verbale d'invalidità (se in possesso) oppure fotocopia della domanda d'invalidità dell'Ospite
- 3) Fotocopia del documento d'identità e codice fiscale dell'impegnato (e degli impegnati) al pagamento della retta di degenza
- 4) Fotocopia del documento relativo alla pensione dell'Ospite (ultima rendicontazione con importo percepito OPPURE copia della pagina del libretto di pensione riportante il n. della pensione stessa e ultima denuncia dei redditi dell'impegnato/degli impegnati)
- 5) Copia dell'eventuale verbale di nomina di Amministratore di Sostegno di uno dei familiari
- 6) Modulo SDD
- 7) Modulo richiesta rimborso somme a credito (solo in caso di pagamento della cauzione)

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.

3

Il/la sottoscritto/a richiedente _____

specificare se eventuale Amministratore di Sostegno SI NO

nato/a il _____ a _____

residente a _____

in Via _____ n. ____ cap _____

telefono fisso _____ cellulare _____

email personale (non lavorativa) _____

pec personale _____

rapporto di parentela con l'Ospite se stesso

coniuge figlio/a parente _____ (indicare il grado di parentela)

conoscente

Amministratore di Sostegno

firma

Verona, _____