



Spazio riservato all'Ente

## DOMANDA DI AMMISSIONE

Si prega di rispondere a tutte le domande

concernente il Sig./Sig.ra

\_\_\_\_\_ (cognome)

\_\_\_\_\_ (nome)

**RSA**

posto nella Residenza Sanitaria Assistenziale

**MA**

mini alloggio protetto per anziani

### INIZIATIVA PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

personalmente dall'aspirante

dal Sig./Sig.ra

\_\_\_\_\_ (cognome)

\_\_\_\_\_ (nome)

residente a

\_\_\_\_\_ (CAP luogo)

\_\_\_\_\_ (prov.)

in Via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_

cell. \_\_\_\_\_

mail \_\_\_\_\_

parentela ev.

\_\_\_\_\_

dal Comune di \_\_\_\_\_

Altro \_\_\_\_\_

#### **Documenti importanti da allegare alla presente domanda:**

1. Scheda di inserimento compilata dal medico curante
2. Scheda Brass compilata dal medico curante
3. Scheda di inserimento compilata dai famigliari
4. Certificazione invalidità Civile INPS e Esenzione per invalidità o/e per patologie
5. Fotocopia carta identità e Tessera sanitaria

## DATI DELLA PERSONA DI CUI SI CHIEDE IL RICOVERO

Sig./Sig.ra

\_\_\_\_\_ (cognome)

\_\_\_\_\_ (nome)

nato/a a

\_\_\_\_\_ (CAP e luogo)

il

\_\_\_\_\_ (prov.)

residente a

\_\_\_\_\_ (CAP e luogo)

in Via

\_\_\_\_\_ (prov.)

n.

### stato civile

CELIBE/NUBILE

CONIUGATO/A

SEPARATO/A

DIVORZIATO/A

VEDOVO/A

### nominativi della famiglia convivente:

(cognome e nome)

(luogo e data di nascita)

(rapporto di parentela)

---

---

---

---

n. figli

maschi

femmine

### Titolo di studio

analfabeta

scuola media

diploma

scuola elementare

scuola professionale

laurea

altro:

---

### Situazione abitativa al domicilio:

- vive solo
- vive solo con badante
- vive con altro familiare/convivente
- vive con altro familiare/convivente e badante
- vive con altre persone non parenti e/o partner

### Motivi della domanda di ammissione

- ha perso l'autonomia fisica/psichica
- la famiglia non è in grado di provvedere
- vive solo
- l'alloggio non è idoneo
- altro

### Situazione del soggetto alla data della domanda:

- A DOMICILIO SENZA ALCUNA ASSISTENZA
- A DOMICILIO CON ASSISTENZA DOMICILIARE SAD
- A DOMICILIO CON ASSISTENZA DOMICILIARE ADI - VOUCHER SOCIOSANITARIO
- A DOMICILIO CON FREQUENZA CENTRO DIURNO
- RICOVERATO IN OSPEDALE DI \_\_\_\_\_
- RICOVERATO IN RIABILITAZIONE A \_\_\_\_\_
- OSPITE IN ALTRA RSA (specificare) \_\_\_\_\_
- ALTRO \_\_\_\_\_

**Soggetto con indennità di accompagnamento**

sì
no
no

domanda presentata

**Percentuale di Invalidità riconosciuta**

--

 %

**Situazione Pensioni**

- Nessuna pensione
- Anzianità/Vecchiaia VO
- Reversibilità SO
- Tipologia speciale di guerra o infortunio sul lavoro
- Invalidità IO

**Impegnativa per il pagamento della retta:**

(specificare cognome, nome, indirizzo, telefono della PERSONA che firmerà il contratto come garante) - A carico dello Stato, di Comuni o di altri Enti pubblici (specificare circa la pratica di impegnativa: già definita, in corso, da definire)

**GARANTE:** \_\_\_\_\_

**Iniziativa della domanda**

- Il soggetto stesso
- Familiare o affine \_\_\_\_\_
- Assistente sociale o altri servizi \_\_\_\_\_
- Medico \_\_\_\_\_
- Tutore \_\_\_\_\_
- Altro \_\_\_\_\_

**ELENCO DEI PRINCIPALI PARENTI PER CONTATTI**

COGNOME E NOME	INDIRIZZO	TELEFONO O MAIL

**Nome del Medico curante** \_\_\_\_\_

**Altre note eventuali** \_\_\_\_\_

Il presentatore della domanda dichiara di aver preso visione dell'informativa e di prestare il consenso per il trattamento dei dati raccolti con la presente domanda (ai sensi dell'art. 13 Reg. UE 2016/679), come da modulo allegato.

L'ammissione definitiva degli Ospiti in Istituto è subordinata ad un periodo di prova di 15 giorni. Se la prova risultasse negativa a giudizio della Direzione, l'Ospite non sarà ammesso. (Art. 7 Regolamento)

Data: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_



# FONDAZIONE "Giuseppe e Giuliana Ronzoni" - ONLUS

21023 BESOZZO (VA) - Via degli Orti, 14 Tel. 0332 770216 - Fax 0332 970682

## INFORMATIVA SU TRASPARENZA E GARANZIA DEL SERVIZIO

La Fondazione per garantire un servizio trasparente e a tutela dei diritti fondamentali vuole informarla che ha la possibilità:

- 1) di chiedere l'intervento del difensore civico territoriale, in tutti i casi in cui sia negata o limitata la fruibilità delle prestazioni nonché per ogni eventuale necessità;
- 2) di accedere all'ufficio relazioni con il pubblico della Fondazione (individuato negli uffici amministrativi);
- 3) di accedere all'ufficio di pubblica tutela della ATS.

L'Ufficio di Pubblica Tutela ha sede in via Ottorino Rossi n. 9 a Varese (Padiglione centrale).

È possibile contattare l'UPT per richiederne l'intervento e/o un incontro con il Responsabile:

- chiamando il numero telefonico 0332277544 o lasciando un messaggio in segreteria telefonica;
- via e-mail: [pubblicatutela@ats-insubria.it](mailto:pubblicatutela@ats-insubria.it)

## DIFENSORE CIVICO

Il Difensore regionale è un'autorità pubblica indipendente, prevista dall'art. 61 dello Statuto d'autonomia della Lombardia e disciplinata dalla l. regionale 6 dicembre 2010, n. 18. È incaricato di tutelare i diritti e gli interessi dei cittadini e degli altri soggetti della società civile (associazioni, imprese, comitati) nei confronti della Regione Lombardia e delle altre amministrazioni pubbliche rientranti nella sua competenza.

Il Difensore regionale si occupa, su richiesta dei cittadini o d'ufficio, di tutti i casi di cattiva amministrazione: illegittimità o irregolarità amministrative, iniquità o discriminazioni, mancanza di risposta o rifiuto d'informazione o d'accesso agli atti amministrativi, ritardi ingiustificati, carenza qualitativa dei servizi e simili.

Il servizio è gratuito e aperto a tutti, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali.

L'azione del Difensore civico si caratterizza per essere appunto non giurisdizionale e quindi basata sull'informalità, la speditezza, il tentativo di portare il conflitto che l'utente ha con l'Amministrazione nell'ambito della risoluzione conciliativa e non del conflitto.

Ha il potere di chiedere chiarimenti all'Amministrazione e di pretendere delle risposte, ha pieno accesso a tutti gli atti e documenti dell'Amministrazione senza limiti di segretezza, ma non può annullare atti o imporre all'amministrazione di adottare provvedimenti.

Agisce su segnalazione di singoli o associati, Enti, Comitati, Associazioni etc., ma ha anche il potere di attivarsi di ufficio, se dall'esame di un caso rileva un problema generale o se apprende di un problema dai media.

## UFFICIO DI PUBBLICA TUTELA

L'Ufficio di Pubblica Tutela (UPT) è un ufficio autonomo ed indipendente istituito dalle Agenzie di Tutela della Salute (ATS, ex ASL) e definito dalla Regione Lombardia, con DGR n.10884 del 23 dicembre 2009, come lo strumento di tutela delle persone che intendono usufruire delle prestazioni erogate dai servizi delle ATS e delle strutture sanitarie private e sociosanitarie accreditate.

L'UPT interviene perché siano resi effettivi e fruibili i diritti degli utenti previsti dalla legislazione nazionale e regionale verificando, inoltre, che siano rispettate le condizioni stabilite nelle Carte di Servizi delle Unità di Offerta. A tale scopo l'UPT:

- Verifica lo stato di implementazione, attuazione e diffusione delle Carte dei Servizi;
- Controlla i servizi e compie controlli sulle prestazioni erogate, per gli aspetti riguardanti l'informazione e l'umanizzazione delle prestazioni;
- Interviene affinché si realizzi un accesso informato ai servizi;
- È in stretto collegamento con l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) di ATS e l'Ufficio di Protezione Giuridica (UPG).

**Tale informativa ha lo scopo quindi di tutelare la persona e garantire un servizio trasparente a tutela dei diritti fondamentali presso la nostra Fondazione in tutte le azioni, dal momento della richiesta di accesso alla dimissione.**

**Firma familiare per presa visione**

\_\_\_\_\_ **Firma Operatore che ha fornito l'informativa**

\_\_\_\_\_ **Besozzo, li \_\_\_\_\_**