



DOMANDA D'ACCOGLIENZA

8.2 MP 0.0
Rev 16
Del 05/01/2021
Pag 1 di 15

Bologna, _____

ALL'AMMINISTRAZIONE DELL'ISTITUTO S. ANNA

Il/La sottoscritto/a _____
vedovo/a - celibe/nubile _____
paternità _____ maternità _____
Nato/a _____ il _____
Residente a _____
Via _____ CAP _____
Quartiere _____
indicare se solo/a o con parenti _____
Tel. _____ Codice Fiscale _____

FA DOMANDA DI ESSERE AMMESSO/A ALLA CASA DI RIPOSO S. ANNA / S. CATERINA (cancellare la voce che non interessa).

INGRESSO A TEMPO DETERMINATO INDETERMINATO

A tal fine, presa visione delle condizioni di ammissione, dell'ammontare della retta, il/la sottoscritto/a si impegna a pagare la retta corrente, nonché le eventuali variazioni che potessero essere deliberate in futuro, garantendo il pagamento a mezzo _____

Per specifica approvazione del comma precedente ai sensi dell'art. 1341 del Codice Civile.

Si allega informativa dei dati personali Residente/Garante 679/2016 (GDPR)

Si allega Carta dei Servizi.

FIRMA

All'uopo dichiara, sotto la propria responsabilità:

1- È pensionato/a? SI - NO

Libretto di pensione:

Cat. _____ N. _____ Ente _____ € _____ mens.

Cat. _____ N. _____ Ente _____ € _____ mens.

Cat. _____ N. _____ Ente _____ € _____ mens.

2- Libretto sanitario n. _____

3- Medico Curante _____

4- Ha figli? SI-NO (indicare le generalità, la residenza e l'occupazione dei medesimi)

5- Ha fratelli o sorelle? SI-NO (indicare le generalità e la residenza dei medesimi)

6- Ha la residenza a Bologna? SI-NO Da quando?

7- Altre notizie utili

FIRMA

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza del fatto che l'Amministrazione non risponde del deterioramento, distruzione o sottrazione di denaro contante, carte valori o comunque oggetti di valore salvo in caso in cui il Residente, al momento dell'ingresso, non depositi i suddetti valori nelle mani dell'Amministrazione stessa.

Si allega l'impegno del fideiussore debitamente sottoscritto, che forma parte integrante e sostanziale della domanda di ammissione e dichiarazione dei redditi dello stesso e del Residente.

Nel caso d'ingresso a tempo determinato, non si richiede documentazione reddituale, in quanto il trattamento economico viene stabilito in base al periodo di permanenza del Residente in struttura e dall'obbligo che il Residente e il Garante hanno, di corrispondere all'Ente 15 giorni di retta anche nel caso in cui la permanenza sia inferiore.

Il pagamento della retta è articolato nelle seguenti modalità:

- se la permanenza è di un mese, vengono contabilizzati i 30 gg di retta e pagati anticipatamente, ossia al momento dell'ingresso del Residente o dal Garante;
- se la permanenza sarà superiore ad un mese, il Residente/Garante, effettuerà il giorno dell'ingresso un deposito cauzionale pari all'importo di un mese di retta e verrà attivato il metodo di pagamento scelto, per le successive riscossioni. L'ammissione del Residente in struttura è subordinata a quanto indicato nella Carta dei Servizi in: "Modalità di Accesso" a pag. 7.

P.S. IMPORTANTE – Si prega di compilare il modulo in ogni suo punto. Se la persona non può firmare, scrivere "NON IN GRADO".

DATA _____ FIRMA RESIDENTE _____

FIRMA DEL GARANTE O DI CHI NE FA LE VECI

| | | |
|--|------------------------------|---|
|  | DOMANDA D'ACCOGLIENZA | 8.2 MP 0.0 Rev 16 Del 05/01/2021 Pag 4 di 15 |
|--|------------------------------|---|

ALL'AMMINISTRAZIONE DELL'ISTITUTO S. ANNA

Il/La sottoscritto/a _____
residente in Via/Piazza _____ N° _____
Città _____ prov. _____ C.A.P. _____
Tel. _____ Cell. _____ E-mail _____
in relazione alla domanda di ammissione all'Istituto S. Anna presentata in
data odierna dal/dalla Signor/Signora _____
preso atto della retta attualmente praticata da codesta Amministrazione e
di tutte le altre condizioni di ammissione, si costituisce fideiussore in solido
del/della Signor/Signora _____
per l'adempimento di qualsiasi obbligazione che potrà derivare da detta
ammissione.

1- In particolare il/la sottoscritto/a garantisce il pagamento della retta mensile e relativi accessori nell'entità che sarà di tempo in tempo stabilita, nelle forme di legge, da codesta Amministrazione per i vari reparti assistenziali in cui il Residente sarà accolto. Il fideiussore si terrà informato delle variazioni di detta retta e delle modifiche afferenti la medesima, conseguenti a spostamenti di Comunità stabiliti insindacabilmente dalla Direzione, esonerando esplicitamente codesto Istituto dall'onere di notificare tali variazioni o spostamenti. Per la determinazione del debito garantito faranno prova le risultanze delle scritture contabili di codesta Amministrazione.

2- Il sottoscritto fideiussore si dichiara edotto che qualora venga richiesto un sussidio al Comune, si instaurerà un nuovo rapporto giuridico basato sulla convenzione esistente tra l'Istituto S. Anna ed il Comune e che conseguentemente la retta sarà quella prevista dalle relative deliberazioni per i Residenti a parziale o totale carico del Comune.

3- La fideiussione è presentata per tutto il tempo in cui il/la Signor/Signora richiedente sarà ospitato/a presso l'Istituto; il/la sottoscritto/a, peraltro, ha facoltà in qualsiasi momento di recedere dalla presente fideiussione riprendendo il/la Signor/Signora richiedente presso il proprio domicilio, restando responsabile per intero del debito a quel

momento sussistente. La presente fideiussione manterrà tutti i suoi effetti, anche se l'obbligazione, assunta dal/dalla Signor/Signora fosse dichiarata invalida.

4- Codesto Istituto è espressamente esonerato dall'obbligo di informare il sottoscritto fideiussore quando le condizioni economiche del Residente potessero in futuro rendere più difficile il pagamento della retta.

Il sottoscritto si impegna - anche in caso di opposizione del/della Signor/Signora richiedente - di pagare quanto dovuto (così come indicato dall'Istituto) dietro semplice richiesta scritta a mezzo raccomandata.

5- Il sottoscritto fideiussore rimarrà obbligato anche se codesto Istituto non proporrà le sue istanze contro il/la Signor/Signora richiedente entro i termini previsti dall'art. 1957 del Cod. Civ. o non le continuerà rinunciando espressamente ad ogni eccezione che potesse competere in forza dell'art. 1957 cit., volendo che in ogni caso la presente fideiussione abbia sempre completa efficacia; con la presente, infatti, codesto Istituto è dispensato dall'onere di agire nei suddetti termini.

6- Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre, di essere a conoscenza che l'Amministrazione non risponde dell'eventuale furto di valori che il Residente tenga presso di sé, salvo il caso in cui il/la medesimo/a al momento dell'ingresso, non depositi i suddetti valori purché di dimensioni ridotte nelle mani dell'Amministrazione.

7- Si impegna infine, a riprendere al proprio domicilio il/la Signor/Signora richiedente in qualsiasi momento, con un semplice preavviso di 15 giorni qualora questa dovesse, su valutazione insindacabile di codesta Amministrazione, essere dimesso/a dall'Istituto.

FIRMA



Ente Morale
S. Anna e S. Caterina

DOMANDA D'ACCOGLIENZA

8.2 MP 0.0
Rev 16
Del 05/01/2021
Pag 6 di 15

Dichiara di approvare specificatamente, ai sensi dell'art. 1341, secondo comma Cod. Civ. le seguenti clausole:

punto 1° - determinazione e variazione della retta o del reparto - efficacia probatoria delle scritture contabili;

punto 2° - determinazione di una retta differenziata per la convenzione con il Comune;

punto 3° - durata di fideiussione e facoltà di recesso;

punto 4° - validità dell'obbligazione fideiussoria;

punto 5° - dispensa dall'agire contro il debitore principale entro i termini di cui all'art. 1957 del Codice Civile;

punto 6° - dimissioni ad insindacabile giudizio dell'Amministrazione.

punto 7° - si allega Carta dei Servizi

DATA _____ FIRMA _____

Si prega di scrivere qui di seguito, nominativi, indirizzi e recapiti telefonici di tutte le possibili persone da poter reperire telefonicamente in caso di bisogno del Residente:

| | | |
|---|------------------------------|---|
|  <p>ISTITUTO S.ANNA <small>CASE DI RIPOSO S.ANNA E S.CATERINA DE' VIGILI</small></p> <p>Ente Morale S. Anna e S. Caterina</p> | DOMANDA D'ACCOGLIENZA | 8.2 MP 0.0 Rev 16 Del 05/01/2021 Pag 7 di 15 |
|---|------------------------------|---|

MODALITA' DI PAGAMENTO DELLA RETTA

La retta mensile può essere pagata tramite SDD (Sepa Direct Debit) facendo richiesta dell'apposito modulo presso l'Ufficio Accoglienza della Struttura, fornendo poi allo stesso copia datata e timbrata dell'avvenuta presentazione della richiesta al proprio sportello bancario.

È possibile attivare il SDD su un c/c bancario intestato e firmato dal Residente stesso.

Il/La sottoscritto/a _____
dichiara che la retta mensile di ricovero del/della Signor/Signora
_____ sarà pagata a mezzo SDD.

Conformemente a quanto previsto all'art. 36 -bis del D.P.R. 633/1972, che prevede la dispensa dagli obblighi di fatturazione per i soggetti che effettuano operazioni esenti, ai sensi dell'art. 10 del medesimo D.P.R., l'Istituto non emetterà alcun documento cartaceo a fronte delle prestazioni rese. Tale esonero non inciderà sulla possibilità di dedurre nell'ambito del proprio reddito ai fini IRPEF la quota di prestazioni sanitarie incluse nella retta, che verranno certificate dall'Ente secondo le ordinarie modalità.

FIRMA _____

RETTE DI OSPITALITA' ANNO 2021
(costo giornaliero a persona)

- Retta posto accreditato Casa Residenza Anziani Non Autosufficienti € 50,05
Mensile 30 gg. € 1.501,50
- Retta posto accreditato Casa Residenza Anziani Non Autosufficienti € 22,53
in caso di assenza per ricovero ospedaliero pari al 45%

RESIDENTI PRIVATI:

RESIDENTI NON AUTOSUFFICIENTI

| | | |
|---|---|--------|
| Retta Non Autosufficienti | € | 120,00 |
| Retta Non Autosufficienti – ALTA INTENSITA' ASSISTENZIALE | € | 125,00 |
| Retta Non Autosufficienti – DISTURBI COGNITIVI | € | 140,00 |

RESIDENTI NON AUTOSUFFICIENTI LIEVI

| | | |
|---------------------------------|---|--------|
| Retta Non Autosufficienti LIEVI | € | 108,00 |
|---------------------------------|---|--------|

RESIDENTI AUTOSUFFICIENTI

| | | |
|-----------------------|---|-------|
| Retta AUTOSUFFICIENTI | € | 95,00 |
|-----------------------|---|-------|

| | | |
|---|---|-------|
| INTEGRAZIONE PER POSTO IN CAMERA SINGOLA | € | 10,00 |
|---|---|-------|

N.B. In caso di ricovero ospedaliero, si prevede per i Residenti della Casa di Riposo, una riduzione della retta pari al 10%, dall'ottavo giorno.

GIORNI E ORARI DI VISITA AI SIGNORI RESIDENTI

Si possono visitare i Signori Residenti tutti i giorni:
dalle ore 10.00 alle 19.30

PRESTAZIONI AGGIUNTIVE EXTRA RETTA ANNO 2021

- Elaborazione di diete terapeutiche personalizzate € 70,00
- Sedute Fisioterapiche individuali personalizzate € 16,00 /30'
€ 32,00 /1h
- Altri trattamenti riabilitativi: magnetoterapia, massaggi (extra trattamento riabilitativo di base) ecc. € 18,00 /30'
- Gestione dell'Utente con prescrizione misure di contenimento del rischio infettivo € 12,00
- In caso di necessità di assistenza notturna personalizzata, sarà consentita la presenza di un familiare; in alternativa sarà possibile attivare con costo a carico del familiare un OSS /Infermiere tramite Coop. Solievo o tramite l'Associazione APIB
- Farmaci di fascia C non previsti da prontuario per i quali non sia prevista l'esenzione: a seconda del prezzo del farmaco prescritto.
- Pasto visitatori € 10,00
- Generi in vendita nei distributori automatici: prezzi esposti nei distributori.



ISTITUTO S.ANNA
CASE DI RIPOSO S.ANNA E S.CATERINA DE' VIGILI
Ente Morale
S. Anna e S. Caterina

DOMANDA D'ACCOGLIENZA

8.2 MP 0.0
Rev 16
Del 05/01/2021
Pag 10 di 15

SERVIZIO CONVENZIONATO PARRUCCHIERE

- Taglio uomo (con lavaggio capelli) €. 10,00
- Taglio donna (senza lavaggio) €. 7,00
- Piegatura donna (asciugatura spazzola e/o bigodini) €. 11,00
- Piegatura donna + taglio € 18,00
- Colore €. 18,00
- Colore + piega €. 27,00
- Colore + piega + taglio €. 33,00
- Permanente + piega €. 31,00
- Permanente + piega + taglio €. 38,00
- Colpi di luce €. 19,00
- Shampoo con Cuffia Medica compresa detersione per allettati €. 10,00
- Mousse € 3,00
- Idratante €. 3,00
- Depilazione viso: baffetti €. 4,00
sopracciglia €. 4,00
- Manicure €. 9,00
- Pedicure senza smalti €. 15,00
- Pedicure con smalti €. 18,00
- Taglio barba corta €. 5,00
- Taglio barba lunga €. 7,00

MERCOLEDI'

**dalle ore 9.00 alle ore 12.00 e
dalle ore 14.00 alle ore 17.00**

SERVIZIO CONVENZIONATO PODOLOGO:

- Tariffa per prestazione ambulatoriale €. 16,00

GIOVEDI'

dalle ore 14.00 alle ore 17.30

VISITA MEDICA PREVIO APPUNTAMENTO

È NECESSARIO PORTARE IN SEDE DI VISITA MEDICA I REFERTI DEI SEGUENTI ESAMI:

1- RADIOGRAFIA DEL TORACE, attestante l'assenza di patologia non idonea alla convivenza in Comunità;

2- PROFILO C;

3- MARKERS EPATITE, A, B, C.

4- Storia clinica a cura del Medico Curante con eventuali indicazioni di malattie precedenti, ricoveri ed interventi recenti, situazioni allergiche, terapie in atto e situazione vaccinale (antinfluenzale stagionale e antipneumococcica).

5- Recenti referti specialistici e dimissioni ospedaliere (cartella clinica).

TUTTI GLI ESAMI DOVRANNO ESSERE DI DATA RECENTE E, COMUNQUE, NON ANTERIORI A TRE MESI.

N.B. Qualora il Residente si presenti privo della documentazione sanitaria completa alla visita medica, *non sarà possibile procedere alla stessa* e verrà fissato un nuovo appuntamento.

E' NECESSARIO PORTARE AL MOMENTO DELL'ACCOGLIENZA IN ISTITUTO:

- 1) Certificazione del Medico Curante redatta in data non anteriore a giorni sette, nella quale sia chiaramente indicata la terapia in atto.
- 2) Piccola scorta di farmaci in terapia per un'autonomia di due/tre giorni.
- 3) Libretto sanitario, eventuale cartellino esenzione ticket, carta di identità.

N.B. Non sarà possibile accogliere i Signori Residenti in Istituto in mancanza dello schema di terapia, dei farmaci e dei documenti personali validi.



Ente Morale
S. Anna e S. Caterina

DOMANDA D'ACCOGLIENZA

8.2 MP 0.0
Rev 16
Del 05/01/2021
Pag 12 di 15

GIORNI E ORARI DI RICEVIMENTO DELL' ASSISTENTE SOCIALE

Dott.ssa MARIELLA MASCIARELLI

Lunedì: 9.00 - 12.30 / 14.15 - 15.45
Martedì: 9.00 - 12.30 / 14.15 - 15.45
Mercoledì: 9.00 - 12.30 / 14.15 - 15.45
Giovedì: 9.00 - 12.30 / 14.15 - 15.45
Venerdì: 9.00 - 12.30 _____

GIORNI E ORARI DI RICEVIMENTO DELL' UFFICIO ACCOGLIENZA

Pagamento Rette; Ritiro Posta; Espletamento pratiche burocratiche;
Informazioni varie.

Lunedì: 9.00 - 12.30 / 14.15 - 15.45
Martedì: 9.00 - 12.30 / 14.15 - 15.45
Mercoledì: 9.00 - 12.30 / 14.15 - 15.45
Giovedì: 9.00 - 12.30 / 14.15 - 15.45
Venerdì: 9.00 - 12.30 _____

L'Ufficio Accoglienza rimarrà a disposizione del pubblico tre sabati al mese dalle ore 9.30 alle ore 11.30.

Nel caso di impossibilità da parte dei familiari di raggiungere l'Ufficio negli orari indicati, è possibile, previo contatto telefonico, concordare un appuntamento in un'altra fascia oraria da quella indicata, compatibilmente con gli orari di ufficio.

Informazioni per le famiglie:

di seguito vi consegniamo una piccola lista con individuati il numero e la tipologia di abbigliamento che permetteranno al vostro caro di essere sempre in ordine e curato.

La seconda lista prevede articoli di consumo individuale per la cura della persona.

Vi ricordiamo che:

- **Ogni capo consegnato avrà una etichetta, affinché la lavanderia interna ne possa garantire il riconoscimento e la giusta consegna.**
- **I lavori di sartoria sono a vostro carico (orlo, bottoni, cerniere...)**
- **In istituto è disponibile la fornitura di abbigliamento riconosciuto come "abbigliamento di comunità": i capi sono frutto della donazione all'istituto, da parte di famiglie, che negli anni hanno vissuto in struttura.**

Questi capi possono essere utilizzati per i Residenti che non hanno un numero sufficiente di cambi temporanei, o/e una situazione di fragilità personale e sociale.

Vi chiediamo di esprimere, di seguito il vostro eventuale consenso all'utilizzo:

Consenso dell'interessato/familiare all'utilizzo della biancheria usata di proprietà della Struttura) Si No

- **il materiale di consumo viene reintegrato da voi; i Raa vi avviseranno per tempo.**
- **La fornitura del materiale presente nel secondo elenco viene fornito direttamente dalla struttura in caso di Residenti indigenti.**
- **L'istituto fornisce per la barba lamette monouso.**

Firma RAA o facente funzioni _____

Firma del Familiare _____

**ELENCO DEGLI EFFETTI PERSONALI NECESSARI AI RESIDENTI
 DELL'ISTITUTO S. ANNA AL MOMENTO DELL'ACCOGLIENZA:**

Nome e Cognome _____ Data Accoglienza _____

| ARTICOLI | QUANTITA' RICHIESTA | INVENTARIO ALL'ACCOGLIENZA |
|--|--------------------------------|---------------------------------------|
| Camicie da notte in cotone, pigiami uomo | 6 | |
| Mutande | 10 | |
| Calzettoni o calzini | 10 | |
| Maglie intime (maniche corte/maniche lunghe) | 6 | |
| Vestiti interi da donna (se graditi) | 6 | |
| Tuta 2 pezzi (se gradita) | 6 | |
| Golfini/maglioni/felpe/gilet | 6 per inverno 6 per estate | |
| Calze donna | 6 | |
| Pantaloni (se graditi) | 6 | |
| Gonne (se gradite) | 6 | |
| Reggiseno (se gradito) | 4 | |
| Maglie maniche corte/maniche lunghe (se gradite) | 6 | |
| Camicia/camicette (se gradite) | 4 | |
| Giaccone per uscite esterne | 1 | |
| Pantofola chiusa con strappo | 1 paio | |

**ELENCO DEGLI ARTICOLI PERSONALI NECESSARI AI RESIDENTI
DELL'ISTITUTO S. ANNA AL MOMENTO DELL'ACCOGLIENZA:**

Nome e Cognome _____ Data Accoglienza _____

| ARTICOLI | QUANTITA' RICHIESTA | INVENTARIO ALL'ACCOGLIENZA |
|---|--------------------------------|---------------------------------------|
| Beauty -case | 1 | |
| Spazzola o pettine | 1 | |
| Scatola porta protesi personalizzata | 1 | |
| Spazzolino + dentifricio | 1+1 | |
| Pastiglie per l'igiene della protesi | 1 conf. | |
| Pasta adesiva per protesi (se utilizzata) | 1 | |
| Rasoio elettrico (se utilizzato) | 1 | |
| Schiuma da barba (se utilizzata) | 1 | |