FONDAZIONE RECANATESI F.R. Residenza per Anziani	**DOMANDA DI AMMISSIONE**	Rev: 10 Data: 02/02/2024

Compilare la domanda in tutte le sue parti allegando la documentazione richiesta e consegnarla all'Ufficio Ospitalità della Fondazione, oppure inviarla all'indirizzo di posta elettronica: info@fondazionerecanatesi.it

DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA PER CUI SI RICHIEDE IL RICOVERO

(i campi contrassegnati con l'asterisco sono obbligatori)

COGNOME:*		NOME:*			
NATO/A A:*		PROV:*			
IL:*	_____/_____/_____	C.F.*	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		
RESIDENTE A:*		PROV:*		CAP:*	
VIA:*		N:*			
DOMICILIATO PRESSO (solo se diverso dalla residenza):					
CITTÀ:		PROV:		CAP	
VIA:		N.			
NOTE:					

TIPOLOGIA DI RICOVERO

☐ INDETERMINATO	☐ TEMPORANEO *(min.30 max 60 giorni)*
	DAL ___/___/_____ AL ___/___/_____

DATI DELLA PERSONA DI RIFERIMENTO[1] CHE INOLTRA LA DOMANDA DI RICOVERO

(i campi contrassegnati con l'asterisco sono obbligatori)

COGNOME:*		NOME:*			
IN QUALITÀ DI *(indicare il rapporto di parentela o se Amministratore di Sostegno/Curatore/Tutore)*:*					
NATO/A A:*		PROV:*		CAP:*	
IL:*	_____/_____/_____	C.F.*	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		
RESIDENTE A:*		PROV:*		CAP:*	
VIA:*		N:*			
TEL/CELL:*		MAIL:*			
DOMICILIATO PRESSO *(solo se diverso dalla residenza)*					
CITTÀ:		PROV:			
VIA:		N.			

1 **Persona di riferimento**: è il soggetto a cui la Fondazione si rivolge per dare informazioni e comunicazioni sia di natura assistenziale che amministrativa, la stessa si impegna a trasferire le informazioni e le comunicazioni ricevute ad altri familiari o soggetti interessati ad essere aggiornati, qualora l'Ospite fosse impossibilitato a farlo personalmente. La persona di riferimento coincide con l'Amministratore di Sostegno o il Tutore legale dove nominato.

ALTRI FAMILIARI (indicare i dati di altri familiari da contattare nei casi di assenza o non rintracciabilità della persona di riferimento)

COGNOME e NOME	INDIRIZZO (città, via e n.)	TELEFONO	MAIL	GRADO DI PARENTELA

INFORMAZIONI RELATIVE ALLA PERSONA PER CUI SI RICHIEDE IL RICOVERO

SITUAZIONE SOCIO-FAMILIARE		
STATO CIVILE	◻ Celibe/Nubile ◻ Coniugato/a ◻ Vedovo/a	◻ Divorziato/a ◻ Separato/a ◻ Convivente
FIGLI:	◻ N. maschi: _____	◻ N. femmine:_____
TITOLO DI STUDIO:	◻ Analfabeta ◻ Non scolarizzato ◻ Licenza elementare ◻ Licenza media inferiore	◻ Licenza media superiore ◻ Diploma universitario ◻ Laurea ◻ Altro: _____
ULTIMA ATTIVITÀ SVOLTA:	◻ Agricoltore ◻ Artigiano ◻ Casalinga ◻ Commerciante	◻ Dirigente ◻ Impiegato ◻ Operaio ◻ Libero professionista
SITUAZIONE ALLA DATA DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA:	◻ Abitazione ◻ Struttura protetta socio-sanitaria ◻ Struttura sociale	◻ Struttura ospedaliera ◻ Struttura di riabilitazione ◻ Altro: _____
CONDIZIONE ABITATIVA, CON CHI CONVIVE:	◻ Solo/a ◻ Coniuge/partner stabile ◻ Con il coniuge ed altri ◻ Con un figlio, ma non con il coniuge	◻ Con un genitore o tutore legale ◻ Con fratelli/sorelle ◻ Con altri parenti ◻ Con altre persone, non familiari
MOTIVI DELLA RICHIESTA:	◻ Perdita di autonomia (decorso degenerativo) ◻ Stabilizzazione stato clinico (post acuzie) ◻ Insufficienza del supporto familiare	◻ Solitudine ◻ Alloggio non idoneo ◻ Altra motivazione sociale
HOBBIES E INTERESSI:		

SITUAZIONE ECONOMICA-PENSIONISTICA			
INVALIDITÀ:	◻ SI _____%	◻ NO	◻ Pratica in corso
INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO:	◻ SI	◻ NO	◻ Pratica in corso
RICONOSCIMENTO L.104/92	◻ SI	◻ NO	◻ Pratica in corso

PENSIONI PERCEPITE:	Importi:
◻ Nessuna pensione	
◻ Pensione di anzianità/vecchiaia	
◻ Pensione sociale	
◻ Pensione di reversibilità	
◻ Invalidità sociale (se minore di 65 anni)	
◻ Indennità di accompagnamento	
◻ Altro	

ONERI RETTA:	◻ Totale a carico della persona da ricoverare ◻ Compartecipazione del Comune di residenza (allegare impegno di spesa) ◻ In corso di richiesta compartecipazione del Comune di residenza ◻ Compartecipazione dei parenti

TUTELA LEGALE (Indicare se l'interessato ha limitazioni della capacità di agire e di compiere atti giuridici. Allegare copia del decreto/atto)	◻ Nessuna tutela
	◻ Nomina Amministratore di Sostegno
	◻ Nomina Tutore/Curatore
	◻ Procura generale
	◻ Pratica in corso per: _____

Il/I sottoscritto/i dichiara/no:

a) di aver ricevuto copia della Carta dei Servizi della struttura e di conoscerne ed accettarne il suo contenuto;

b) che la Fondazione Recanatesi di Osimo eroga, con i consenso dell'Ospite, prestazioni di miglioramento del confort alberghiero e prestazioni socio sanitarie aggiuntive rispetto agli standard regionali e, nel caso in cui l'Ospite effettui tale scelta, il medesimo o chi per lui si impegna a corrispondere la conseguente retta giornaliera così come annualmente determinata dal Consiglio di Amministrazione per il periodo di permanenza dell'Ospite in struttura;

c) di essere a conoscenza che l'assistenza medica prestata all'interno della struttura è erogata dai Medici di Medicina Generale non dipendenti dall'Ente e senza vincoli di subordinazione dallo stesso;

d) di essere a conoscenza che l'ammissione in struttura è subordinata alla stipula del Contratto d'ingresso.

La presente domanda ha validità annuale. Trascorso tale termine dovrà essere rinnovata allegando la certificazione medica aggiornata. Nulla ricevendo, la domanda verrà automaticamente tolta dalla lista di attesa di riferimento.

Per i casi in cui l'interessato NON sia in grado di sottoscrivere la presente domanda di ammissione e non ci sia alcuna forma di protezione giuridica, i sottoscrittori si impegnano a presentare richiesta di nomina dell'Amministratore di Sostegno al Giudice Tutelare, secondo le direttive della Legge n.6/2004.

Data, ___/___/_____ Firma dell'Interessato _____

Firma del Familiare o del rappresentante legale _____

Firma del Familiare o del rappresentante legale _____

Firma del Familiare o del rappresentante legale _____

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA D'INGRESSO	
	Relazione medica di ammissione
	Richiesta di valutazione dell'Unità Valutativa Interata (UVI) per l'ammissione nelle strutture residenziali – SE IN POSSESSO
	Copia carta d'identità dell'interessato al ricovero e dei firmatari della domanda
	Copia tessera sanitaria dell'interessato al ricovero e dei firmatari della domanda
	Copia tessera sanitaria integrativa attestante la nomina del medico curante e dell'eventuale esenzione ticket
	Copia verbale d'invalidità – SE IN POSSESSO
	Copia decreto di nomina di Amministratore di Sostegno/Tutore/Curatore – SE IN POSSESSO
	Copia eventuali certificati attestanti l'assegnazione di presidi sanitari in possesso (es: pannoloni; carrozzine; materassi antidecubito; deambulatori; ecc..) – SE IN POSSESSO
	Copia documentazione sanitaria di visite o ricoveri ospedalieri pregressi
	Copia di analisi di laboratorio recenti
	Terapia farmacologica seguita ed eventuali piani terapeutici in corso validata dal medico curante
	Certificato medico attestante l'assenza di malattie infettive pregiudizievoli per la vita in comunità
	Certificati attestanti l'avvenuta somministrazione del vaccino anti Covid-19 o eventuale certificato di esenzione alla vaccinazione

ELENCO DEI CAPI E DELLA BIANCHERIA CONSIGLIATA PER L'INGRESSO	
Descrizione	Capi minimi consigliati
Camicia da notte o pigiama	7 pz
Maglietta a mezze maniche di cotone	8 pz
Canottiera senza maniche	8 pz
Calze in cotone	7 pz
Mutande	8 pz
Scarpe (no pantofole)	2 paia (in base alla stagione)
Pantaloni (meglio con elastico in vita)	5 paia
Tuta (giacca e pantalone)	4 paia
Maglia a maniche lunghe per l'inverno	7 pz
Golfino aperto (in base alla stagione)	5 pz
Giubbino (in base alla stagione)	2 pz
Astuccio contenente:	• pettine o spazzola per capelli; • spazzolino da denti; • tagliaunghie (no forbici) • contenitore per dentiera con cestello di lavaggio
N.B.: i capi devono essere contrassegnati da un numero o lettera che verrà comunicato dall'Ente al momento dell'ingresso all'ospite o al familiare di riferimento a cui spetta l'onere dell'etichettatura di tutti i capi. Diversamente, la Fondazione mette a disposizione il servizio interno di etichettatura degli indumenti, il cui costo non è compreso nella retta di ricovero. In tal caso i capi da numerare dovranno essere consegnati alla struttura con congruo anticipo (almeno 3 giorni prima la data di ricovero).	

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART.13 GDPR 679/2016

Informativa per il trattamento dei dati personali raccolti presso l'interessato

Nel rispetto di quanto previsto dal Reg. UE2016/679 (Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali) le forniamo le dovute informazioni in ordine al trattamento dei dati personali forniti. Si tratta di un'informativa che è resa ai sensi dell'art.13 del Reg. UE 2016/679 (Regolamento Europe per la protezione dei dati personali).

TIPOLOGIA DI DATI TRATTATI

Dati trattati:

- Dato personale: qualsiasi informazioni riguardante una persona fisica identificata e identificabile ("interessato"); si considera identificabile la persona fisica che può essere identificata, direttamente o indirettamente, con particolare riferimento a un identificativo come il nome, un numero di identificazione, dati relativi all'ubicazione, un identificativo online o a uno o più elementi caratteristici della sua identità fisica, fisiologica, genetica, psichica, economica, culturale o sociale; (C26, C27, C30).
- Dato particolare: dati personali che rilevano l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché trattare dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona (C51).

Nella Fondazione Recanatesi è attivo un sistema di videosorveglianza esterno (telecamere a circuito chiuso) allo scopo di tutelare l'incolumità degli ospiti, prevenendo situazioni potenzialmente pericolose, nonché per finalità di sorveglianza contro intrusioni da parte di terzi. Gli interessati sono informati che stanno per accedere o che si trovano in un'area video sorvegliata segnalata da apposita cartellonistica o con stilizzazione esplicita. Gli interessati sono informati anche con un avviso circostanziato che riporta tutti gli elementi previsti dall'art.13. Tutte le persone autorizzate ad utilizzare gli impianti sono state designate per iscritto. Le immagini sono trattate nel pieno rispetto delle norme di legge, secondo principi di liceità e correttezza ed in modo da tutelare la riservatezza delle persone. L'impianto è attivo 7 giorni su 7, 24 ore su 24. Le immagini potranno essere "comunicate" cioè rese "disponibili" a soggetti quali Forze di Polizia ed altre Autorità competenti.

TITOLARE DEL TRATTAMENTO: Ai sensi dell'art.4 del Reg. UE 2016/679, il Titolare del Trattamento dei Dati è la FONDAZIONE RECANATESI DI OSIMO con sede in via Flaminia II n.68 – 60027 Osimo (AN), tel. 071714714, e-mail: info@fondazionerecanatesi.it, nella persona del Presidente e Legale Rappresentante *pro-tempore*.

RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI: Ai sensi degli artt. 37-39, la Fondazione ha provveduto a nominare il DPO/RPD, contatti e-mail: dpo@fondazionerecanatesi.it.

FINALITA' DEL TRATTAMENTO	BASE GIURIDICA	PERIODO DI CONSERVAZIONE	NATURA DEL CONFERIMENTO
A) Esecuzione del contratto: i dati trattati saranno: • dati anagrafici, di contatto e di pagamento: informazioni relative al nome, numero di telefono, indirizzo abitativo, nonché informazioni relative al pagamento della retta, ecc. • dati relativi allo stato di salute: i dati personali attinenti alla salute fisica o mentale dell'ospite sono raccolti direttamente e aggiornati rispetto a valutazioni, esami, accertamenti diagnostici, interventi riabilitativi che possono influenzare la presa in carico dell'utente e la frequentazione del servizio.	Ai sensi dell'art. 6, comma 1, lett. b), il trattamento è necessario all'esecuzione di obblighi contrattuali o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dello stesso; Ai sensi dell'art.9 comma 2, lett. h), il trattamento è necessario per l'assistenza o terapia sanitaria o sociale.	I vostri dati anagrafici, di contatto e di pagamento sono conservati per 10 anni, mentre i dati relativi allo stato di salute dell'ospite non è previsto un limite nella conservazione.	Il conferimento dei dati è facoltativo resta inteso che un "eventuale rifiuto a rispondere" al momento della raccolta delle informazioni, o l'eventuale diniego di trattamento dei dati può comportare la nostra oggettiva impossibilità di dar luogo ai rapporti contrattuali medesimi.

FINALITA' DEL TRATTAMENTO	BASE GIURIDICA	PERIODO DI CONSERVAZIONE	NATURA DEL CONFERIMENTO
B) Utilizzo del nome e cognome per identificare i luoghi o gli oggetti assegnati agli ospiti che risulteranno o potranno risultare pertanto visibili a terzi ospiti e visitatori;	Ai sensi dell'art. 6 comma 1, lett a), del GDPR 2016/679 la base giuridica è rappresentata dal Consenso dell'interessato "l'interessato ha espresso il consenso al trattamento dei propri dati personali per uno o più specifiche finalità".	I dati saranno conservati fino alla revoca del consenso (opt-out).	Il conferimento dei dati per la finalità in esame è facoltativo. In mancanza dello stesso non verrà effettuata alcuna registrazione della sua immagine, L'eventuale successiva revoca del consenso precedentemente accordato non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso antecedente alla revoca stessa (rif. art. 7, comma 3).
C) Trattamento e diffusione di immagini fotografiche e video per finalità informative di promozione di attività di laboratorio e ricreative, all'interno della struttura, con: • la creazione e distribuzione di pubblicazioni su carta stampata, indicativamente a operatori, ospiti, loro familiari e visitatori; • la produzione e diffusione di materiale audiovisivo, indicativamente a operatori, ospiti, loro familiari e visitatori.	Ai sensi dell'art. 6 comma 1, lett a), del GDPR 2016/679 la base giuridica è rappresentata dal Consenso dell'interessato "l'interessato ha espresso il consenso al trattamento dei propri dati personali per uno o più specifiche finalità".	I dati saranno conservati fino alla revoca del consenso (opt-out). In caso di mancata revoca i dati sono conservati senza limitazione di tempo.	Il conferimento dei dati per la finalità in esame è facoltativo. In mancanza dello stesso non verrà effettuata alcuna registrazione della sua immagine, L'eventuale successiva revoca del consenso precedentemente accordato non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso antecedente alla revoca stessa (rif. art. 7, comma 3).

DESTINATARI O CATEGORIE DI DESTINATARI DEI DATI I dati di natura personale e particolare forniti saranno comunicati a destinatari, che trattengono i dati in qualità di responsabili (art.28 del Reg. UE 2016/679) e/o in qualità di persone fisiche che agiscono sotto l'autorità del Titolare e del Responsabile (art. 29 del Reg. UE 2016/679), per le finalità sopra elencate. Precisamente i dati potranno essere trattati e comunicati dove previsto dalla legge o da normative secondarie al: Direttore Sanitario, Medico Curante, Personale incaricato al trattamento, Personale sanitario esterno, Asur, Inps, Poste o altre società di recapito della corrispondenza, Farmacie. La lista dei Responsabili del trattamento e costantemente aggiornata e disponibili presso la sede del Titolare e ai contatti sopra riportati.

TRASFERIMENTO DATI VERSO UN PAESE TERZO Il Titolare del trattamento non trasferisce i dati personali e particolari in paesi terzi o a organizzazioni internazionali fuori dall'Unione Europea.

DIRITTI DEGLI INTERESSATI Lei potrà far valere i propri diritti come espressi dal Regolamento UE 2016/679 artt.15 e ss, scrivendo all'RPD/DPO all'indirizzo dpo@fondazionerecanatesi.it. Lei ha il diritto, in qualunque momento, di chiedere l'accesso ai Suoi dati personali, la rettifica, la cancellazione degli stessi. Inoltre, ha il diritto alla portabilità dei suoi dati. Ha il diritto di revocare in qualsiasi momento il consenso prestato senza alcun pregiudizio circa la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca. Fatto salvo ogni altro ricorso amministrativo e giurisdizionale, se ritiene che il trattamento dei dati che la riguardano, violi quanto previsto dal Reg. UE 2016/679, ai sensi dell'art.15 lettera f) del succitato Reg. UE 2016/679, Lei ha il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali (Autorità di controllo www.garanteprivacy.it).

MODIFICHE INFORMATIVA Il titolare si riserva il diritto, a sua discrezione, di cambiare, modificare, aggiungere o rimuovere qualsiasi parte della presente informativa sulla privacy, in qualsiasi momento. Al fine di facilitare la verifica di eventuali cambiamenti, l'informativa conterrà l'indicazione della data di aggiornamento dell'informativa.

ACQUISIZIONE DEL CONSENSO

Il sottoscritto (cognome e nome) _____, nato a _____, in data _____/_____/_____, residente a _____, in via _____,

DICHIARA di aver appreso consapevolmente quanto descritto nell'informativa ai sensi dell'art.13 del Regolamento UE 2016/679 e di:

□ AUTORIZZARE □ NON AUTORIZZARE Il trattamento di cui al punto B) dell'informativa art.13 GDPR 679/2016;

□ AUTORIZZARE □ NON AUTORIZZARE Il trattamento di cui al punto C) dell'informativa art.13 GDPR 679/2016.

Data, _____/_____/_____ Firma dell'Ospite _____

Oppure,

Il sottoscritto (cognome e nome) _____, nato a _____, in data _____/_____/_____, residente a _____, in via _____,

in qualità di: □ Familiare □ Amministratore di Sostegno □ Tutore

riconoscendo che le condizioni psicofisiche dell'anziano interessato al ricovero in struttura non consentono di accettare i termini dell'informativa allegata, DICHIARA di aver appreso consapevolmente quanto descritto nell'informativa ai sensi dell'art.13 del Regolamento UE 2016/679 e di:

□ AUTORIZZARE □ NON AUTORIZZARE Il trattamento di cui al punto B) dell'informativa art.13 GDPR 679/2016;

□ AUTORIZZARE □ NON AUTORIZZARE Il trattamento di cui al punto C) dell'informativa art.13 GDPR 679/2016.

Data, _____/_____/_____ Firma del Familiare/Rappresentante Legale _____

Firma del Familiare/Rappresentante Legale _____

Firma del Familiare/Rappresentante Legale _____

PARTE RISERVATA ALLA FONDAZIONE	
Data di presentazione della domanda:	____/____/_____
Firma dell'operatore che ritira la domanda:	_____
Accettazione della domanda, parere del Direttore	□ Favorevole all'ingresso □ NON favorevole all'ingresso
	Data ____/____/_____ Firma, _____