



Al Comune di Villasalto Ufficio
Servizio Sociale Corso Repubblica
n. 61 09040 VILLASALTO

OGGETTO: Richiesta di inserimento a TEMPO INDETERMINATO presso la Comunità Alloggio per Anziani di Villasalto

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____,
residente in _____, Via _____ n. ____, tel _____,
e-mail _____.

CHIEDE

per sé medesimo/a;

per il/la proprio/a familiare Sig./Sig.ra _____, nato/a a _____ il _____,
residente in _____, Via _____ n. ____
tel _____, e-mail _____;

di poter usufruire dei servizi residenziali della Casa Anziani di Villasalto mediante ricovero di sollievo, con inserimento in struttura a **tempo indeterminato**

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre, di impegnarsi al pagamento della retta mensile prevista, ovvero che la stessa sarà corrisposta, in sua vece, dal proprio congiunto/familiare o altro referente

Sig./Sig.ra _____, nato/a a _____ il _____, residente in _____ (Prov. ____), Via _____ n. ____, qualora non vi provveda direttamente.

SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ DICHIARA:

1) Che la situazione familiare del beneficiario è la seguente:

celibe/nubile

coniugato/a, vedovo/a

divorziato/a

vedovo/a

2) che il proprio nucleo familiare è composto nel seguente modo:

Cognome e nome	Nascita		Rapporto di Parentela
	Luogo	Data	



3) di essere titolare di pensione INPS ovvero _____ libretto n° _____
_____ cat. _____ di € _____ mensile;

4) di fruire, oltre alla pensione suddetta, dei seguenti redditi:

a) Altre pensioni

Ente Erogatore	N° di Libretto	Categoria	Importo Mensile

b) Altri redditi (immobiliari, mobiliari, rendite vitalizie, assegni di accompagnamento, sussidi economici concessi da Enti Pubblici, ecc.)

Fonte di Reddito	Importo mensile

c) Possesso di depositi e conti bancari e/o postali:

Categoria	Saldo contabile attivo al

d) Possesso di titoli di Stato, obbligazioni, certificati di deposito e crediti, buoni fruttiferi, ecc.

Categoria	Saldo nominale al

e) Altri beni: indicare il valore dei fabbricati che si possiedono (abitazione, altre case, terreni edificabili ed agricoli, ecc.) con il relativo valore definito ai fini ICI:

Descrizione della proprietà	Importo Valore

5) Altre eventuali notizie utili:



Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 della legge 196/2003 e ss.mm.ii, che i dati personali forniti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per i quali vengono resi.

CONSAPEVOLE CHE

l'inserimento a **tempo indeterminato** prevede sin dall'origine, il versamento della caparra confirmatoria, pari a **due mensilità**, da corrispondere entro e non oltre 5 (cinque) giorni dalla data di effettivo ingresso dell'ospite in struttura

DICHIARO, ALTRESI

- che la fattura di pagamento mensile dovrà essere trasmessa alla seguente e-mail:

Si allega obbligatoriamente alla presente:

- **COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ E CODICE FISCALE DEL RICHIEDENTE E DEL BENEFICIARIO, QUALORA PERSONA DIVERSA DAL RICHIEDENTE**

_____ lì _____

Firma



OGGETTO: Dichiarazione familiare referente

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____,
residente in _____, Via _____ n. _____, tel _____, e-
mail _____.

DICHIARA

Con la presente di assumersi l'incarico di referente per qualsiasi necessità ed urgenza che dovesse presentarsi nel corso dell'ospitalità del Sig. _____ presso la struttura comunale di Villasalto "Comunità alloggio per anziani".

_____ li _____

Firma

note:

- art.38 D.P.R. 445/2000 – le istanze e le dichiarazioni da produrre agli organi delle Amministrazioni Pubbliche o ai gestori di pubblici servizi possono essere inviate anche a mezzo fax o per via telematica unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità del sottoscrittore.
- art.37 T.U. D.P.R. 445/2000 - la presente dichiarazione è esente dall'imposta di bollo.
- AVVERTENZA: qualora la presente dichiarazione risultasse falsa o inesatta il dichiarante perderebbe in qualsiasi momento il diritto ad ottenere e ad usufruire del servizio richiesto ai sensi dell'art.75 T.U. D.P.R. 445/2000.
(LA FIRMA SULLE AUTOCERTIFICAZIONI NON VA MAI AUTENTICATA).



Oggetto: Dichiarazione di responsabilità

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____,
residente in _____, Via _____ n. ____.

In qualità di

Anziano richiedente

Familiare referente dell'anziano Sig. _____;

DICHIARA

Che in caso di ammissione si impegna a:

- 1) **denunciare alla Direzione della struttura ogni variazione dei propri redditi o stato patrimoniale che dovessero verificarsi dopo l'ammissione, entro 30 giorni da quando è avvenuta la variazione;**
- 2) **corrispondere mensilmente la retta a suo carico;**
- 3) **presentare prima dell'ingresso certificato medico attestante: lo stato di salute generale, eventuali patologie di cui si è affetti, i farmaci di cui fa uso, nonché di non essere affetto da malattie infettive o altre gravi patologie tali da inibire l'idoneità alla vita comunitaria.**
- 4) **Versare una somma pari a due mensilità per il pagamento della caparra secondo le istruzioni formali di seguito indicate;**
- 5) **essere fornito al momento dell'ingresso di adeguato corredo personale;**
- 6) **sostenere a proprio carico tutte le eventuali spese straordinarie quali: visite mediche e/o specialistiche (che non sono rimborsate dal S.S.N. e/o il pagamento del ticket), spese per l'acquisto di farmaci e/o il pagamento del ticket, ausili sanitari, spese per ambulanza, spese funerarie, nonché ogni servizio extra e quant'altro non previste dal regolamento di funzionamento della struttura;**
- 7) **osservare tutte le norme regolamentari previste per gli ospiti ed in vigore presso la struttura;**
- 8) **di sottoporsi a visita medica di controllo qualora predisposta e/o richiesta dalla direzione della struttura.**

_____ li _____

Firma

note:

- art.38 D.P.R. 445/2000 – le istanze e le dichiarazioni da produrre agli organi delle Amministrazioni Pubbliche o ai gestori di pubblici servizi possono essere inviate anche a mezzo fax o per via telematica unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità del sottoscrittore.
- art.37 T.U. D.P.R. 445/2000 - la presente dichiarazione è esente dall'imposta di bollo.
- AVVERTENZA: qualora la presente dichiarazione risultasse falsa o inesatta il dichiarante perderebbe in qualsiasi momento il diritto ad ottenere e ad usufruire del servizio richiesto ai sensi dell'art.75 T.U. D.P.R. 445/2000.
(LA FIRMA SULLE AUTOCERTIFICAZIONI NON VA MAI AUTENTICATA).



**COMUNITA' ALLOGGIO PER ANZIANI – VILLASALTO
SCHEDA SANITARIA**

SCHEDA SANITARIA

CODICE UTENTE				



SCHEDA SANITARIA

Egregio Dott/ssa, la presente per chiederLe la compilazione della scheda Socio-Sanitaria al fine di poter valutare la domanda di ammissione presso la Comunità Alloggio per anziani di VILLASALTO.

Paziente:

Sig./ra:		Codice utente	
Nato/a	Prov.	Il	
Codice fiscale			

VALUTAZIONE GLOBALE (si prega di scrivere in stampatello)			
Invalidità civile	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> 100 %	<input type="radio"/> _____ %
	<input type="radio"/> NO		
CAPACITA' DI MOVIMENTO		USO CARROZZINA	
<input type="radio"/>	Cammina autonomamente	<input type="radio"/>	E' dipendente per la locomozione
<input type="radio"/>	Cammina con bastone o altro supporto	<input type="radio"/>	Per muoversi in carrozzina necessita di assistenza
<input type="radio"/>	Cammina con l'aiuto di un'altra persona	<input type="radio"/>	E' necessaria una persona per i movimenti più complessi
<input type="radio"/>	Seduto in carrozzina	<input type="radio"/>	Percorre autonomamente percorsi piani
<input type="radio"/>	Allettato	<input type="radio"/>	E' autonomo per la locomozione
<input type="radio"/>	Usa scarpe chiuse		
<input type="radio"/>	Usa scarpe aperte		
<input type="radio"/>	Cammina velocemente		
<input type="radio"/>	Usa ausili		
ORIENTAMENTO SPAZIO-TEMPORALE		STATO MENTALE E DI COSCIENZA	
<input type="radio"/>	Completamente orientato	<input type="radio"/>	Parla e comprende
<input type="radio"/>	Parzialmente orientato	<input type="radio"/>	Comprende soltanto
<input type="radio"/>	Frequentemente disorientato	<input type="radio"/>	Non comprende
<input type="radio"/>	Disorientato	<input type="radio"/>	Irrequieto
		<input type="radio"/>	Comportamento aggressivo
IGIENE PERSONALE		ALIMENTAZIONE	
<input type="radio"/>	Autonomia e sufficienza completa	<input type="radio"/>	Indipendente
<input type="radio"/>	Necessità di assistenza minima	<input type="radio"/>	Riconosce le posate
<input type="radio"/>	Necessita di aiuto e/o supervisione	<input type="radio"/>	Riconosce la sequenza dei cibi
<input type="radio"/>	Deve essere completamente assistito	<input type="radio"/>	Mangia da solo pasti preparati
		<input type="radio"/>	Collabora ma necessita di assistenza
		<input type="radio"/>	Deve essere imboccato ed è totalmente dipendente
INCONTINENZA		PIAGHE DA DECUBITO	Posizione
<input type="radio"/>	Controllo completo	<input type="radio"/>	Assenti
<input type="radio"/>	Incontinenza urinaria saltuaria	<input type="radio"/>	Superficiali (1° e 2° stadio)
<input type="radio"/>	Incontinenza urinaria abituale	<input type="radio"/>	Profonde (3° stadio)
<input type="radio"/>	Portatore di catetere vescicale	<input type="radio"/>	Necrotiche e profonde (4° stadio)
<input type="radio"/>	Incontinenza fecale saltuaria		
<input type="radio"/>	Incontinenza doppia completa		
FUNZIONI SENSORIALI		VESTIZIONE	
<input type="radio"/>	Apparentemente normali	<input type="radio"/>	Prende i vestiti e si veste completamente senza bisogno di assistenza
<input type="radio"/>	Deficit uditivo grave	<input type="radio"/>	Prende i vestiti e si veste senza bisogno di assistenza eccetto che per allacciarsi le scarpe
<input type="radio"/>	Deficit visivo grave	<input type="radio"/>	Necessita di aiuto per vestirsi o rimane parzialmente o completamente vestito



ANAMNESI											
Cardiopatia ischemica	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Infarto	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Angina	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Pacemaker	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Diabete	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Compenso farmacologico			<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Insulina dipendente		<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Epatopatie	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Epatite tipo _____								
Nefropatie	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Dialisi	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO						
Pneumopatie	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO									
BPCO	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO									
Asma bronchiale	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO									
Neoplasia	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Sede: _____				Stadiazione: _____				
Demenza senile	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO									
Epilessia	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Data eventuale ultima crisi _____								
Ictus progressivo	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Emiparesi residua	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO						
M.di Parkinson	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO									
Alzheimer	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO									
Psicosi	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Compenso farmacologico	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO						
Depressione	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO									
Protesi dentaria	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO									
Protesi acustica	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO									
Protesi arti	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Arti: _____								
Malattie infettive e contagiose	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	_____ _____ _____ _____								
Etilismo	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO									
Allergie farmaci/alimenti	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	_____ _____ _____ _____								
Intolleranze alimentari	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	_____ _____ _____ _____								
Dieta specifica	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	_____ _____ _____ _____								
Favismo	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO									
Osteoporosi	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO									
Ipercolesterolemia	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO									
Ipertensione	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO									



TERAPIA IN ATTO										
FARMACO	POSOLOGIA									
	Dosi	Ora somministrazione								
		8	10	12	14	16	18	20	22	24

DIAGNOSI

CONCLUSIONI

- SI CERTIFICA CHE IL/LA SIG./SIG.RA _____
- È ESENTE DA MALATTIE INFETTIVE
 - NON È ESENTE DA MALATTIE INFETTIVE
- PERTANTO RISULTA IDONEO/A ALL'AMMISSIONE PRESSO LA COMUNITA' ALLOGGIO IN QUANTO AL MOMENTO LE CONDIZIONI GENERALI DI SALUTE LO CONSENTONO.
- PERTANTO, NON RISULTA IDONEO/A ALL'AMMISSIONE PRESSO LA COMUNITA' ALLOGGIO IN QUANTO AL MOMENTO LE CONDIZIONI GENERALI DI SALUTE NON LO CONSENTONO.

ALTRE DICHIARAZIONI DEL MEDICO _____

SCHEDA COMPILATA DA:		
Nome e Cognome Medico: Dott.		
Telefono	Fax	E-mail
Sede ambulatoriale		Comune

Data ____ / ____ / ____

Timbro e firma Medico



COMUNE DI VILLASALTO

CITTA' METROPOLITANA DI CAGLIARI
Corso Repubblica, 61 - 09040 Villasalto
PEC: protocollo.villasalto@pec.comunas.it

Tel. 070-956901, fax. 070-95690230 - C. F. 01391410923

-----DOCUMENTODA NON ALLEGARE ALL'ISTANZA-----

OGGETTO: ISTRUZIONI FORMALI OBBLIGO PAGAMENTO CAPARRA CASA ANZIANI

Con la presente si comunica che, a seguito di un nuovo inserimento presso la Casa Anziani di Villasalto, l'ospite, ovvero il familiare di riferimento o chi legalmente ne fa le veci, assume formale obbligo di provvedere al versamento della caparra confirmatoria, secondo le modalità e nei termini di seguito specificati.

- **Inserimento a tempo determinato**

Qualora l'inserimento avvenga a tempo determinato e la permanenza dell'ospite si protragga oltre il terzo mese, con conseguente trasformazione del rapporto in inserimento a tempo indeterminato, dovrà essere corrisposta una caparra confirmatoria pari a **due mensilità**, entro e non oltre 5 (cinque) giorni decorrenti dalla data di avvio del terzo mese di permanenza in struttura.

- **Inserimento a tempo indeterminato**

Nel caso di inserimento a tempo indeterminato sin dall'origine, il versamento della caparra confirmatoria, pari a **due mensilità**, dovrà essere effettuato entro e non oltre 5 (cinque) giorni dalla data di effettivo ingresso dell'ospite in struttura.

L'importo della caparra, corrispondente a due mensilità, è determinato come segue:

- Camera singola: € 4.200,00;
- Camera doppia: € 3.800,00;
- Camera tripla: € 3.200,00;

Le coordinate per il pagamento della caparra sono le seguenti:

COMUNE DI VILLASALTO CITTA' METROPOLITANA DI CAGLIARI
CORSO REPUBBLICA 61 CAP.09040

P.IVA E C.F. **01391410923**

ISTITUTO: **BANCO DI SARDEGNA-SEDE DI VILLASALTO**

IBAN:

PAESE	CHECK.D	CIN	ABI	CAB	CONTO
IT	16	F	01015	86420	000000010100

L'oggetto del bonifico dovrà riportare obbligatoriamente la seguente dicitura:

“PAGAMENTO CAPARRA (nome e cognome ospite), CAMERA (indicare tipologia) - ANNO _____”

Per eventuali informazioni e/o chiarimenti è possibile contattare l'Assistente Sociale al numero 070.95690209 o tramite indirizzo di posta elettronica: serviziosociale@comune.villasalto.ca.it



COMUNE DI VILLASALTO –

CITTA' METROPOLITANA DI CAGLIARI

Corso Repubblica n. 61, 09040 Villasalto, tel. 070/956901, fax 070/95690230, C.F. 01391410923
mail: protocollo.villasalto@pec.comunas.it; sito web: www.comune.villasalto.ca.it

-----DOCUMENTODA NON ALLEGARE ALL'ISTANZA-----

SERVIZIO AMMINISTRATIVO/FINANZIARIO

Ufficio Servizi Sociali

Note sulla casa anziani e iter procedurale per l'ammissione degli ospiti

La Casa Anziani di Villasalto è una struttura sociale rientrante nelle “Strutture Residenziali a Carattere Comunitario “ai sensi della L.R. 23/2005 ed appartenente alla tipologia di strutture definite, ai sensi dell'allegato alla Delibera della G.R. n. 33/36 del 08/08/2013, “Comunità Alloggio per Anziani”.

L'allegato alla Delibera G.R. n. 33/36 del 08/08/2013 definisce le Comunità Alloggio per Anziani quale struttura residenziale a prevalente accoglienza alberghiera destinata ad ospitare persone con età superiore ai 65 anni, autosufficienti, che necessitano di una vita comunitaria e di reciproca solidarietà.

L'iter burocratico da seguire per l'ottenimento dell'ammissione alla Casa Anziani di Villasalto è il seguente:

- ✓ l'anziano o suo familiare, ottenuta la modulistica necessaria deve presentarla a mano presso l'Ufficio Protocollo del comune di Villasalto o inviarla alla Pec istituzionale dell'Ente all'indirizzo protocollo.villasalto@pec.comunas.it.

La documentazione obbligatoria da presentare è la seguente:

- ❖ domanda di ammissione a tempo determinato o tempo indeterminato;
- ❖ dichiarazione di individuazione del familiare referente;
- ❖ scheda sanitaria (da compilare a cura del proprio MMG);
- ❖ dichiarazione di responsabilità;

L'istanza verrà successivamente istruita e verrà data comunicazione al richiedente dell'esito della stessa e, se accolta, verrà disposto con provvedimento amministrativo di ingresso in Casa Anziani.

Si precisa, inoltre, che sul sito istituzionale del Comune di Villasalto, all'indirizzo internet:

www.comune.villasalto.ca.it è reperibile, e visionabile con immagini fotografiche, ampia descrizione della struttura Casa Anziani di Villasalto.

Il Responsabile del Servizio Amministrativo/Finanziario
Dott. Stefano Lusso