

ART. 1 -- Criteri di ammissione degli Ospiti

Può essere accolto nella Residenza chiunque ne faccia domanda, previo accertamento delle condizioni prescritte nel presente Regolamento, con particolare attenzione all'esito della visita medica.

La domanda di ammissione, indirizzata in carta semplice o attraverso il modulo allegato, al Consiglio di Amministrazione contenente le generalità, l'indirizzo e la firma del richiedente o del suo tutore deve essere corredata da:

- Copia documento d'identità valido;
- codice fiscale dell'ospite e del suo referente;
- certificato di residenza
- certificazione medica sullo stato di salute del Richiedente;
- certificato medico assenza malattie infettive;
- dichiarazione sottoscritta dai famigliari e/o comunque da coloro che sono obbligati ex art. 433 c.c che si impegnano, in caso di insolvenza del ricoverato, alla corresponsione della retta o di parte di essa e che accettano tutte le norme contenute nel presente Regolamento
- ogni altro eventuale documento utile al corretto inquadramento dell'ospite (esenzione, ticket, assegno di accompagnamento, invalidità, tessera di iscrizione all'S.S.N., ecc).
- per servizio di fisioterapia, l'ospite deve munirsi di scarpe chiuse.
- Dichiarazione I.S.E.E. o autocertificazione dei redditi percepiti nell'anno Precedente.

Indirizzo dove avviare le richieste

DL Servizi Soc. Coop. Soc. Onlus

Viale Rimembranze 35/A

26900 Lodi (LO)

Tel. 0371 423708

Fax 0371 548544

E-mail: info@dlservizionlus.it

oppure

Casa di Riposo RSA "Mons. SALVADERI"

Via Dossino 33

26843 Meleti LO

Tel. 0377 702007

Fax 0377 702782

E-mail: rsa_salvaderi@dlservizionlus.it

Casa di Riposo "Residenza Montalbieri"

Fraz. Castelvecchio di Valdagno

Via Monte Albieri 2

36078 Valdagno VI

Tel. e Fax 0445970133

E-mail: cspna_montalbieri@dlservizionlus.it

Richiesta di Ricovero

OSPITE

Cognome _____	Nome _____ ☎
Nato/a _____ Il _____	Residente _____
_____ .in Via _____	

PERSONA DI RIFERIMENTO

Cognome _____	Nome _____ ☎
Nato/a _____ Il _____	Residente _____
Residente a _____	IN VIA _____ N° _____

SI RICHIEDE IL RICOVERO PRESSO LA STRUTTURA RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE, _____, DAL GIORNO _____ AL GIORNO _____

E SI DICHIARA QUANTO SEGUE:

CAPACITA' DI AUTOGESTIONE

CAPACITÀ DI VESTIRSI	<input type="checkbox"/> AUTONOMO	<input type="checkbox"/> ASSISTITO	<input type="checkbox"/> DIPENDENTE
CAPACITÀ DI ALIMENTARSI	<input type="checkbox"/> AUTONOMO	<input type="checkbox"/> ASSISTITO	<input type="checkbox"/> DIPENDENTE
IGIENE PERSONALE:	<input type="checkbox"/> AUTONOMO	<input type="checkbox"/> ASSISTITO	<input type="checkbox"/> DIPENDENTE
CAPACITÀ DEAMBULAZIONE	<input type="checkbox"/> AUTONOMO	<input type="checkbox"/> ASSISTITO	<input type="checkbox"/> DIPENDENTE
	<input type="checkbox"/> AUTONOMO CON AUSILIO	<input type="checkbox"/> ASSISTITO CON AUSILIO	

TIPOLOGIA DI OSPITE	TIPOLOGIA DI SOGGIORNO	TIPOLOGIA DI CAMERA
<input type="checkbox"/> AUTOSUFFICIENTE	<input type="checkbox"/> RESIDENTE	<input type="checkbox"/> SINGOLA
<input type="checkbox"/> NON AUTOSUFFICIENTE	<input type="checkbox"/> ESTIVO	<input type="checkbox"/> DOPPIA
<input type="checkbox"/> AUTOSUFFICIENTE PARZIALE	<input type="checkbox"/> BREVE	<input type="checkbox"/> ALTRO

PROVENIENZA OSPITE	<input type="checkbox"/> ABITAZIONE	<input type="checkbox"/> OSPEDALE	<input type="checkbox"/> ALTRA STRUTTURA
--------------------	-------------------------------------	-----------------------------------	--

PATOLOGIE PRESENTI

Firma _____

Necessita dell'ambulanza per il trasporto presso la struttura.

Necessita dei seguenti ausili: _____

Data _____

Firma _____