


MSC19 RV2 Gennaio 2018 Pag 1/9	Nucleo Cure Intermedie	Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS Centro S. Maria al Monte, Malnate Presidio N4	
<b>ISTRUTTORIA CURE INTERMEDIE – SOLVENZA</b>			

**DOMANDA DI ACCOGLIENZA IN REGIME DI SOLVENZA - NUCLEO DI CURE  
INTERMEDIE**

*Gentile Sig./ra, i documenti da Lei ritirati costituiscono la domanda di accoglienza presso il nucleo di CURE INTERMEDIE in regime di solvenza e devono essere compilati in modo completo.*

*La relazione sanitaria deve essere compilata dal medico curante (che non deve necessariamente essere il medico di base).*


*Qualora il medico della struttura lo ritenga necessario, sarà richiesta una visita medica di valutazione propedeutica all'accesso.*

*La modulistica compilata e supportata dalla documentazione sanitaria ed anagrafica richiesta, deve essere consegnata al Servizio Unico di Accoglienza negli orari di apertura:*

- *dal lunedì al venerdì dalle ore 9:00 alle ore 12:35  
e dalle ore 13:15 alle ore 17:00.*

*Grazie.*

***La Direzione***

<b>MSC19 RV2 Gennaio 2018 Pag 2/9</b>	<b>Nucleo Cure Intermedie</b>	<b>Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS Centro S. Maria al Monte, Malnate Presidio N4</b>	
<b>ISTRUTTORIA CURE INTERMEDIE – SOLVENZA</b>			

***DOCUMENTI RICHIESTI PER L'AMMISSIONE al Nucleo di NUCLEO DI CURE INTERMEDIE in regime di solvenza***

**DOCUMENTAZIONE NECESSARIA**


- 1. Domanda di Accoglienza**
- 2. Certificazione del Medico**
- 3. Certificazione del Care-giver**
- 4. Regolamento generale**
- 5. Regolamento economico-finanziario**
- 6. Dichiarazione di Impegno Economico**
- 7. Consenso al trattamento dei dati personali ( Moduli MGC 79 – 80 - 81)**
- 8. Consenso informato alle Cure Modulo MGC32**

**DOCUMENTAZIONE MEDICA**

- **Documentazione medica precedente**
- **Esame completo delle urine**
- **Esami ematochimici:** azotemia, glicemia, creatinina, bilirubina, transaminasi, got, gpt, ggt, fosfatasi alcalina, na.K, cl. Calcemia, sideremia, transferrina, elettroforesi sieroproteica, markers epatitw A-B-C, ves, emocromo+formula+piastrine, gruppo sanguigno.

**DOCUMENTAZIONE PERSONALE**

- **Verbale o della domanda di invalidità qualora presente**
- **Carta di Identità**
- **Carta Regionale dei Servizi**
- **Esenzione Ticket Sanitari**

<b>MSC19 RV2 Gennaio 2018 Pag 3/9</b>	<b>Nucleo Cure Intermedie</b>	<b>Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS Centro S. Maria al Monte, Malnate Presidio N4</b>	
<b>ISTRUTTORIA CURE INTERMEDIE – SOLVENZA</b>			

**DOCUMENTI RICHIESTI PER L'AMMISSIONE al Nucleo di CURE INTERMEDIE in regime di solvenza**

La/il sottoscritta/o: .....

nata/o a: ..... prov:.....

il: ..... Stato Civile: .....

residente a: ..... via: ..... n° .....

domiciliata/o a: ..... via: ..... n° .....

telefono ....., dichiara di essere a conoscenza e di accettare le norme che regolano il funzionamento del Centro, i servizi erogati e le condizioni economiche,

**CHIEDE**


**di essere ammesso al Centro S. Maria al Monte di Malnate precisando che, ai sensi dell'articolo 10 della Legge Regionale 7/1/1986 n°1, la richiesta è formulata per libera scelta e determinazione.**

**Data** .....

**Firma** .....

<b>Sezione a cura del Medico Curante</b>	
La/il richiedente risulta impossibilitato a firmare per (specificare causa).....	
.....	
Data.....	Firma del

Da compilare solo in caso di impossibilità a firmare da parte del Richiedente

<p>MSC19 RV2 Gennaio 2018 Pag 4/9</p>	<p>Nucleo Cure Intermedie</p>	<p>Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS Centro S. Maria al Monte, Malnate Presidio N4</p>	
<p><b>ISTRUTTORIA CURE INTERMEDIE – SOLVENZA</b></p>			

Sezione a cura della persona che presenta la Domanda di Accoglienza

La/il sottoscritta/o: .....

residente a: ..... prov:.....

via: ..... n°: ..... telefono: .....

relazione di parentela: .....


**DICHIARA**

- di essere a conoscenza e di accettare le norme che regolano il funzionamento del Centro, i servizi erogati e le condizioni economiche relative alla accoglienza presso il Nucleo di Cure Intermedie in regime di solvenza.
- di assumere la responsabilità della presentazione della domanda di accoglienza presso il Nucleo di Cure Intermedie del Centro S. Maria al Monte di Malnate in nome e per conto del Sig./ della Sig.ra.

.....

Data .....

Firma .....

MSC19 RV2 Gennaio 2018 Pag 5/9	Nucleo Cure Intermedie	Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS Centro S. Maria al Monte, Malnate Presidio N4 
<b>ISTRUTTORIA CURE INTERMEDIE – SOLVENZA</b>		

**REGOLAMENTO GENERALE**  
**Nucleo di NUCLEO DI CURE INTERMEDIE in regime di solvenza**

Il ricovero nel Nucleo di CURE INTERMEDIE prevede una permanenza minima di 15 giorni.

Le eventuali dimissioni, anticipate rispetto alla data prevista, dovranno essere comunicate in forma scritta al Servizio Unico di Accoglienza con almeno 7 giorni di preavviso.

Nel caso di non rispetto di quanto sopra indicato verranno addebiti i giorni di mancato preavviso.

-----


Il Sig./ra ..... in qualità di .....

Dichiara per conto del Sig./ra .....

di aver preso visione di quanto indicato e di accettare il regolamento che disciplina il ricovero di Solvenza.

Dichiara inoltre che il periodo di permanenza presso il Nucleo di CURE INTERMEDIE sarà dal.....al.....

Data ..... Firma .....

<b>MSC19 RV2 Gennaio 2018 Pag 6/9</b>	<b>Nucleo Cure Intermedie</b>	<b>Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS Centro S. Maria al Monte, Malnate Presidio N4</b>	
<b>ISTRUTTORIA CURE INTERMEDIE – SOLVENZA</b>			

**REGOLAMENTO ECONOMICO FINANZIARIO**  
**Nucleo di CURE INTERMEDIE in regime di solvenza**

**Retta Giornaliera**

L'ospitalità per un ricovero in solvenza presso il Nucleo di CURE INTERMEDIE del “Centro Santa Maria al Monte” della Fondazione don Gnocchi – onlus prevede una retta giornaliera di euro 140,00 per la camera doppia in regime di bassa intensità riabilitativa e di euro 160,00 in regime di alta intensità riabilitativa .

Il calcolo della retta inizia a decorrere dal giorno di ingresso e termina il giorno della dimissione.

**Modalità e termini di pagamento della retta**

La retta viene fatturata al termine di ogni mese di competenza; deve essere pagata in una delle seguenti modalità entro la prima settimana lavorativa:

- Assegno Bancario non trasferibile intestato a: “Fondazione don C. Gnocchi-Onlus” da consegnare presso Servizio Unico Accoglienza del Centro
- Bonifico Bancario presso Banca Popolare di Milano – Agenzia di Vedano Olona –
- Codice Iban: IT58E 05584 50620 000000001094

**Procedura di accoglienza dei pazienti e ulteriori condizioni economiche**

Il Servizio Unico di Accoglienza conferma al firmatario della domanda di ricovero la disponibilità all'accoglienza del paziente e la data di ingresso.

Le eventuali dimissioni, anticipate rispetto alla data prevista, dovranno essere comunicate in forma scritta al Servizio Unico di Accoglienza con almeno 7 giorni di preavviso.

Nel caso di non rispetto di quanto sopra indicato verranno addebiti i giorni di mancato preavviso.


**Assenze temporanee e Ricoveri in ospedale**

Le assenze temporanee degli Ospiti, dovute a ricoveri ospedalieri, rientri in famiglia per festività, vacanze, ecc., sono esposte come giornate di presenza ad una retta giornaliera “ridotta” a Euro 100,00 per la camera doppia.

**Orario del Servizio Unico Accoglienza**

Il Servizio è aperto al pubblico dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 12,30 e dalle ore 13,15 alle ore 17,00.



<b>MSC19 RV2 Gennaio 2018 Pag 8/9</b>	<b>Nucleo Cure Intermedie</b>	<b>Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS Centro S. Maria al Monte, Malnate Presidio N4</b>	
<b>ISTRUTTORIA CURE INTERMEDIE – SOLVENZA</b>			

**DICHIARAZIONE DI IMPEGNO ECONOMICO**

La/il sottoscritta/o .....

nata/o a ..... prov ..... il .....

residente a ..... prov ..... via ..... n° .....

tel. casa ..... tel. ufficio ..... tel. Cellulare .....

E-mail.....

relazione di parentela ..... Codice Fiscale.....

**DICHIARA  
di assumere, con decorrenza odierna, l'onere della retta di ricovero**

della Signora/del Signor .....  
e di riconoscersi quale unico obbligato nei confronti della Fondazione Don Gnocchi, sollevando quest'ultima da ogni obbligo di riparto dell'onere della retta, anche in presenza di altri congiunti tenuti per legge a provvedere.

La/il sottoscritta/o inoltre


**DICHIARA**

- Di essere a conoscenza ed accettare le condizioni economico/finanziarie che regolano l'accesso e la permanenza presso il nucleo di CURE INTERMEDIE in regime di solvenza.
- Di essere a conoscenza che la retta giornaliera prevista in camera doppia è di euro 140,00 in regime di bassa intensità riabilitativa e di euro 160,00 in regime di alta intensità riabilitativa .
- Di essere a conoscenza che la retta viene fatturata al termine di ogni mese di competenza e che deve essere pagata entro la prima settimana lavorativa.
- Di accettare gli eventuali aumenti di retta che potessero essere disposti dalla Direzione del Centro S. Maria al Monte di Malnate, la quale si occuperà di darne preavviso con anticipo di almeno un mese.
- Di accettare eventuali cambi di camera o di reparto in relazione alle esigenze del Centro e allo stato di salute del paziente.
- Di confermare, sotto la propria piena responsabilità, che i presenti obbligati hanno effetto e durata sino alla avvenuta dimissione del paziente dal Centro.

Data .....

Firma .....



<b>MSC19 RV2 Gennaio 2018 Pag 9/9</b>	<b>Nucleo Cure Intermedie</b>	<b>Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS Centro S. Maria al Monte, Malnate Presidio N4</b>	
<b>ISTRUTTORIA CURE INTERMEDIE – SOLVENZA</b>			

Da compilare a cura dell'ospite per il quale non è possibile individuare un parente che sottoscriva la Dichiarazione di Impegno Economico

La/il sottoscritta/o: .....

Residente a: ..... provincia: .....

via: ..... n°: ..... telefono: .....

Codice fiscale.....

**DICHIARA**

**di assumere, con decorrenza odierna, l'onere della retta del proprio ricovero**

e di riconoscersi quale unico obbligato nei confronti della Fondazione Don Gnocchi, sollevando quest'ultima da ogni obbligo di riparto dell'onere della retta.

Data ..... Firma del richiedente.....

CONSENSO INFORMATO AL RICOVERO NEL NUCLEO DI CURE INTERMEDIE  
IN REGIME DI SOLVENZA

La/il sottoscritta/o .....

**DICHIARA:**

di essere stato informato e di essere a conoscenza delle norme che regolano il ricovero nel Nucleo di NUCLEO DI CURE INTERMEDIE del Centro Santa Maria al Monte della Fondazione Don Gnocchi e di accettare tale ricovero per libera scelta e determinazione.

Data.....

Firma .....