



ISTRUTTORIA RSA - CONVENZIONE

VERIFICA DELLA DOMANDA DI ACCOGLIENZA - VALUTAZIONE E PROTOCOLLO

NOMINATIVO

Età _____

Provenienza:

VALUTAZIONE

Classe Sasia presunta:

Data _____

Firma _____

Dom. Normale

Dom. Urgente

AGGIORNAMENTO

Classe Sasia presunta:

Data _____

Firma _____

Dom. Normale

Dom. Urgente

Nucleo _____

Camera _____

Data ingresso _____

N. biancheria _____

N. Prot. _____

Impegno camera dal

OSSERVAZIONI E NOTE

da Servizio Accoglienza:

da Scheda Sociale:

da Responsabile Medico:

La domanda di accoglienza è stata riconsegnata il giorno.....

TIMBRO

| | | | |
|--|--------------------------------------|--|--|
| MSC03 Rev.14 1 Gennaio 2025 Pag. 2/10 | Direzione di Centro | Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS Centro "S. Maria al Monte" - Malnate Area Nord |  |
| ISTRUTTORIA RSA - CONVENZIONE | | | |

PERCORSO DELLA DOMANDA D'ACCOGLIENZA in

Residenza Sanitaria Assistenziale

1- Consegna moduli

La modulistica, che è possibile ritirare direttamente presso i Centri o scaricare dal sito: www.dongnocchi.it, compilata e firmata deve essere consegnata al Servizio Unico Accoglienza del Centro al quale si fa richiesta secondo gli orari e le modalità specifiche: Centro S. Maria al Monte: dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle 12.45 e dalle ore 13.30 alle 17.00

2- Verifica della domanda di accoglienza

L'operatore del Servizio Unico di Accoglienza verifica la completezza della domanda di accoglienza tramite un colloquio fissato e programmato con l'Utenza.

3- Valutazione e Protocollo

La domanda viene valutata per l'idoneità dal Responsabile Medico del Centro e inserita in lista di attesa dall'operatore del Servizio Unico di Accoglienza.

4- Lista d'attesa

La lista d'attesa è gestita sulla base dei seguenti criteri: di complessità sanitaria, di fragilità della rete sociale e continuità assistenziale, cronologici e di residenza.

5- Convocazione al ricovero

L'operatore del Servizio Unico di Accoglienza convoca telefonicamente il familiare di riferimento e/o la persona che presenta domanda di ricovero e comunica il giorno e l'ora di ricovero.

6- Accettazione amministrativa

Il giorno del ricovero, la persona di riferimento e/o la persona direttamente interessata consegna al Servizio Unico di Accoglienza la tessera sanitaria in originale, firma il contratto. La prima fattura anticipata sarà pagata presso il Servizio Unico di Accoglienza entro una settimana dall'ingresso dell'Ospite.

7- Il ricovero

Il ricovero e la prima accoglienza sono curati dagli operatori del Servizio Animazione che presentano l'ospite al Medico, alla caposala, all'infermiere e al personale di nucleo .

| | | |
|---|---|--|
| <p>MSC03 Rev.14 1 Gennaio 2025 Pag. 3/10</p> | <p>Direzione di Centro</p> | <p>Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS Centro "S. Maria al Monte" - Malnate Area Nord</p>  |
| <p>ISTRUTTORIA RSA - CONVENZIONE</p> | | |

DOCUMENTAZIONE DA COMPILARE / FIRMARE

- Domanda di accoglienza in RSA.
- Dichiarazione di impegno economico oppure Impegnativa economica del Comune di residenza al momento dell'ingresso.
- Regolamento economico finanziario (integrazione alla carta dei servizi).
- Tabella delle tariffe.
- Modulistica relativa a informativa e consenso al trattamento dei dati personali (ex Regolamento Europeo 679/2016) MGF36 rev.5 - MGF36a rev.2 - MGF71 rev.3 - MGF72 rev.3- MGF93 rev.2 MGF94 rev.2 - MGF95 rev.2 - MGF96 rev.2.
- Consenso informato alle cure (MGC 32).
- Modulo autorizzazione utilizzo dei dati sensibili.
- Modello Unico di certificazione assistenziale a cura del familiare/caregiver (allegato).
- Modello Unico di certificazione Medica Asl di Varese a cura del Medico Curante (allegato).
- Scheda sociale (allegato).

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

- Fotocopia Carta di Identità dell'Ospite e del Referente Economico e codice fiscale.
- Fotocopia CRS ospite (Carta Regionale dei Servizi magnetica).
- Fotocopia Verbale o domanda di invalidità (qualora presente).
- Fotocopia Esenzione Ticket (Patologia – Invalidità – E01 – Altra esenzione) (qualora presente).
- Autocertificazione dello Stato di famiglia e Residenza.
- Atto di nomina Tutore Legale o Amministratore di Sostegno (qualora presente).
- Certificato di pensione –Modulo Obis M (VO, SO,...).
- Certificato Elettorale (all'ingresso).

ALTRA DOCUMENTAZIONE MEDICA DA ALLEGARE (solamente se già in possesso)

- Fotocopie esami clinico-strumentali, relazioni UVA, lettere di dimissioni ospedaliere
- Esame radiologico del torace e segnalazione di eventuali precedenti tubercolari, esami ematochimici.

Nota Bene: al momento dell'ingresso la tessera sanitaria magnetica, le eventuali esenzioni ticket, la Carta d'Identità devono essere consegnati in originale presso il Servizio Unico di Accoglienza che provvederà al cambio del Medico di Medicina Generale.



ISTRUTTORIA RSA - CONVENZIONE

DOMANDA DI ACCOGLIENZA NELLA RESIDENZA SANITARIA ASSISTITA

La/il sottoscritta/o:

Nata/o a: prov..... il:

Figlia/o di..... e di.....

N. Figli maschi N. Figlie femmine Titolo di Studio

Professione al momento dell'ingresso

Residente a: Prov..... Cap Via..... n°

Stato civile: Tel. Cell.

CHIEDE

di essere ammesso in qualità di ospite presso la RSA Fondazione Don Carlo Gnocchi -Centro S. Maria al Monte di Malnate, precisando che, ai sensi dell'articolo 7 della Legge Regionale 12/03/2008 n°3, la richiesta è formulata per libera scelta e determinazione.

Dichiara di aver visitato le strutture ed i nuclei di degenza; di avere preso visione del regolamento e della carta dei servizi del Centro S. Maria al Monte di Malnate, che include le prestazioni a carico dell'ente e gli obblighi dell'utente. Di accettare eventuali cambi di camera o di nucleo in relazione alle esigenze del Centro e allo stato di salute dell'ospite.

Accetta le norme che regolano il funzionamento del Centro S. Maria al Monte di Malnate, e le loro condizioni economiche.

Prende atto del fatto che la presente domanda ha validità di 6 mesi se non aggiornata nella sua parte socio sanitaria

PERSONE DI RIFERIMENTO

| Nome e cognome | Parentela o affinità | Indirizzo | Numero di telefono |
|----------------|----------------------|-----------|--------------------|
| Nome e cognome | Parentela o affinità | Indirizzo | Numero di telefono |
| Nome e cognome | Parentela o affinità | Indirizzo | Numero di telefono |

Tutela (barrare la relativa casella)

Ammin. di sostegno Inabilità Interdizione Curatela

Nome e cognome del tutore legale: _____ tel: _____ Mail _____

FIRMA dell'ospite o del suo garante _____ Data _____

(relazione di parentela o di stato giuridico*) _____

* Allegare verbale di nomina



ISTRUTTORIA RSA - CONVENZIONE

DICHIARAZIONE DI IMPEGNO ECONOMICO E/O VARIAZIONE SISTEMAZIONE

(ex MGF.DAFC.02 rev.1 Gennaio 22)

L'anno _____ il giorno ____ del mese di _____ in _____

Il sottoscritto (Nome e Cognome) _____

nata/o a _____ Prov. _____ il _____

residente a _____ Prov _____ Via _____

Codice fiscale _____ (allegare fotocopie C.F._ C.I.)

Email _____ telefono _____

Relazione di parentela _____ Tutore Curatore Garante Altro titolo _____

Amministratore di sostegno (nei limiti delle disponibilità economica dell'Ospite e con le prescrizioni previste nel decreto di nomina del Giudice Tutelare)

DICHIARA

DI ASSUMERE, CON DECORRENZA DAL GIORNO DELL'INGRESSO, L'ONERE DELLA RETTA DI RICOVERO

QUALE "RAPPRESENTANTE DELL'OSPITE" (Nome e Cognome) _____

DICHIARANDO ALTRESI'

- di **riconoscersi obbligato in solido con l'Ospite** nei confronti della RSA, anche in presenza di altri congiunti tenuti per legge a provvedere, **alla corresponsione della retta, senza che la RSA debba rivolgersi prioritariamente all'Ospite** (quindi, senza il beneficio della preventiva escussione del debitore principale "Ospite" e con espresso esonero dagli obblighi di cui all'art. 1957 c.c.), assumendo il ruolo di fideiussore ai sensi e per gli effetti degli artt. 1936 e seguenti del c.c.;

In particolare per quanto riguarda **l'Amministratore di sostegno**, in qualità di **Rappresentante dell'Ospite, quanto sopra si applica limitatamente alle disponibilità economiche dell'Ospite e con le prescrizioni previste nel decreto di nomina del Giudice Tutelare.**

- di essere a conoscenza e che la corresponsione mensile dell'importo della retta copre le prestazioni socio-assistenziali/alberghiere rese dalla RSA - al netto della quota erogata dalla Regione;
- di essere a conoscenza ed **accettare le condizioni economico/finanziarie** che regolano l'accesso e la permanenza dell'Ospite presso la RSA **di cui all'allegato Regolamento Economico Finanziario** e, in particolare:
 - a) di essere a conoscenza che la retta giornaliera, considerando l'inizio dell'accoglienza dal giorno di ingresso, prevista per l'anno e successivi, salvo rideterminazione, è di:
sistemazione importo € validità dal



ISTRUTTORIA RSA - CONVENZIONE

- b) di essere a conoscenza e accettare gli eventuali aumenti di retta e o variazioni di sistemazione che potessero essere disposti dalla Direzione della RSA e di cui si darà adeguato preavviso ai sensi dell'art. 1 del Regolamento Economico Finanziario;
- c) di essere a conoscenza ed accettare le modalità e i termini di pagamento della retta, di cui all'art. 3 del Regolamento Economico Finanziario;

di confermare, sotto la propria piena responsabilità, che i presenti obblighi hanno effetto e durata sino alla avvenuta dimissione dell'Ospite dalla RSA.

Data _____

Firma _____

NOTE:

L'INTESTATARIO DELLA FATTURA E DELLA CERTIFICAZIONE DELLE SPESE SANITARIE (valida ai fini della dichiarazione dei redditi_ DGR21/03/1997 n°26316) saranno a NOME DELL' OSPITE e rilasciate dal Servizio Amministrazione.

DESTINATARIO DELLA POSTA Ospite "Rappresentante dell'Ospite"

RISERVATO ALLA RSA :

CODICE D'INGRESSO _____ ENTRATO IL _____ REPARTO _____

| | | |
|--|--------------------------------|---|
| <p>MSC03 Rev.14 1 Gennaio 2025 Pag. 7/10</p> | <p>Direzione di Centro</p> | <p>Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS Centro "S. Maria al Monte" - Malnate Area Nord</p>  |
| <p>ISTRUTTORIA RSA - CONVENZIONE</p> | | |

REGOLAMENTO ECONOMICO DELLA RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE

(ex MGF.DAFC.01 rev.1 Gennaio 22)

1. RETTA GIORNALIERA

L'ospitalità presso la RSA del Centro " S. Maria al Monte "Fondazione Don Carlo Gnocchi - Onlus prevede una retta giornaliera per prestazioni socio-sanitarie/alberghiere, al netto della quota erogata dalla Regione Lombardia.

L'importo della retta è stabilito annualmente dalla Direzione dell'RSA .

Per l'anno è così stabilito: Sistemazione - Importo €

L'importo della retta è valido anche per gli anni successivi fatta salva l'eventuale rideterminazione annuale da parte della RSA che sarà preventivamente e opportunamente comunicata all'Ospite e/o al Rappresentante dell'Ospite che, con un preavviso di almeno 7 (sette giorni) a decorrere dal ricevimento della comunicazione di rideterminazione, potrà dichiarare di non accettare la nuova retta con ogni conseguenza in ordine alle dimissioni dell'Ospite dalla struttura.

Il calcolo della retta inizia a decorrere dal giorno di ingresso.

Il giorno di dimissione o di decesso non viene calcolato ai fini del computo della retta.

La retta non comprende i servizi aggiuntivi a pagamento di cui all'allegata **Tabella delle tariffe**; detti servizi aggiuntivi, se richiesti, sono corrisposti secondo il relativo importo, insieme alla retta.

2. OBBLIGATI ALLA RETTA

L'Ospite e/o il Rappresentante dell'Ospite sono obbligati alla corresponsione mensile dell'importo della retta.

Nello specifico, **il Rappresentante dell'Ospite si obbliga in solido** alla richiesta di pagamento a prima richiesta della retta da parte della RSA, senza che la RSA debba rivolgersi prioritariamente all'Ospite (quindi, senza il beneficio della preventiva escussione del debitore principale (Ospite) e con espresso esonero dagli obblighi di cui all'art. 1957 c.c.), **assumendo il ruolo di fideiussore ai sensi e per gli effetti degli artt. 1936 e seguenti del c.c.**

In particolare per quanto riguarda l'Amministratore di sostegno, in qualità di Rappresentante dell'Ospite, quanto sopra si applica limitatamente alle disponibilità economiche dell'Ospite e con le prescrizioni previste nel decreto di nomina del Giudice Tutelare.

In caso di impossibilità al pagamento, secondo le disposizioni di legge in materia, gli oneri relativi all'assistenza gravano sui Comuni di residenza o sulle loro articolazioni territoriali. A tal riguardo, l'Ospite e/o il Rappresentante dell'Ospite si obbligano a rilasciare l'eventuale documentazione e le certificazioni delle rette a fini fiscali per i servizi che prevedono una compartecipazione del Comune alla retta.



ISTRUTTORIA RSA - CONVENZIONE

3. MODALITÀ E TERMINI DI PAGAMENTO DELLA RETTA

La retta potrà essere corrisposta secondo le seguenti modalità:

- a) pagamento ***mensile e anticipato*** attraverso il servizio di pagamento denominato "SEPA DIRECT DEBIT CORE" sul conto corrente intestato all'Ospite e/o al Rappresentante dell'Ospite indicato su apposito modulo.
 - La prima fattura anticipata sarà pagata a mezzo bonifico entro una settimana dall'ingresso. Contestualmente con il primo pagamento dovrà essere sottoscritto il Mandato "SEPA" comunicando l'intestatario e il codice IBAN del conto corrente di addebito.
 - Con la sottoscrizione del mandato "SEPA" l'Ospite e/o il Rappresentante dell'Ospite autorizzano Fondazione ad addebitare telematicamente la retta sul conto corrente il 15° (quindicesimo) giorno lavorativo del mese di riferimento senza ulteriore esplicita comunicazione da parte di Fondazione.
- b) Solo in via eccezionale, pagamento a mezzo **bonifico entro il 15° (quindicesimo) giorno lavorativo** del mese di riferimento **previo versamento di un deposito cauzionale pari all'importo di una (1) mensilità** della retta di degenza.
 - Il deposito cauzionale verrà restituito al termine della permanenza dell'Ospite presso l'RSA con il saldo dell'ultima retta al netto di quanto eventualmente dovuto alla RSA.

Si precisa che la prima retta di ricovero deve essere pagata presso il Servizio Unico Accoglienza il primo giorno di degenza.

4. RITARDI E MANCATO PAGAMENTO DELLA RETTA

In caso di mancato tempestivo pagamento della retta per 3 (tre) mensilità, la RSA invierà una formale diffida nei confronti dell'Ospite e di ogni altro soggetto Fideiussore/Obbligato in solido, a mezzo di raccomandata A.R., con invito al pagamento del dovuto entro 15 (quindici) giorni.

L'Ospite/il Rappresentante dell'Ospite sono a conoscenza che, anche ai sensi della **Delibera Regione Lombardia n. 8496 del 26.11.2008 e n. 1185 del 20.12.2013 e s.m.i., in caso di ritardato o mancato pagamento della Retta, la RSA potrà dimettere l'Ospite** - previa comunicazione scritta A/R all'Ospite/il Rappresentante dell'Ospite - fermo restando l'avvenuto adempimento degli obblighi normativamente sanciti in capo alla RSA, con l'attivazione del Comune e dell'ATS, per una dimissione assistita.

5. PROCEDURA DI ACCOGLIENZA DEGLI OSPITI PRESSO LA RSA

L'RSA comunica la disponibilità all'accoglienza dell'Ospite e la data di ingresso.

Nel caso di impedimenti all'ingresso nella data prevista, se l'Ospite desidera mantenere il posto letto assegnato, può "ritardare" l'accesso previa comunicazione scritta, per un massimo di 3 (tre) giorni e ad una tariffa giornaliera che per l'anno - è pari a € 110,00 (centodieci/00), con decorrenza dal giorno successivo alla messa a disposizione del posto letto.

Tale tariffa è dovuta anche in caso di rinuncia, per il numero di giornate che decorrono dalla data di ingresso a lui assegnata e quella di avvenuta comunicazione di rinuncia.

6. ASSENZE TEMPORANEE E RICOVERI IN OSPEDALE (*)

Le assenze temporanee dell'Ospite, danno diritto al mantenimento posto letto all'interno della RSA:

- se dovute a rientri in famiglia (sospesi nel caso di calamità pandemiche) per festività, vacanze, ecc., sono esposte come giornate di presenza entro il limite massimo di 15 (quindici) giorni annui, superato il quale cessa la disponibilità del posto letto.



ISTRUTTORIA RSA - CONVENZIONE

- Gli effetti personali dell'Ospite saranno custoditi secondo le modalità e nei termini previsti dalla Carta dei Servizi/Contratto d'ingresso;
- se dovute a ricovero ospedaliero dell'Ospite, come giornate di presenza nel limite massimo di 15 (quindici) giorni, superato tale termine cessa la disponibilità del posto letto e, a seguito di specifica valutazione, verranno proposte soluzioni alternative rispondenti ai nuovi bisogni dell'Ospite. Gli effetti personali dell'Ospite saranno custoditi secondo le modalità e nei termini previsti dalla Carta dei Servizi/Contratto d'ingresso.

Le assenze temporanee dell'Ospite, ai fini del computo della Retta Mensile saranno conteggiate e fatturate per entrambi i casi e saranno considerate giornate di presenza.

7. PROCEDURA DI DIMISSIONE DEGLI OSPITI PRESSO LA RSA

La richiesta di dimissione da parte dell'Ospite dalla RSA va presentata in forma scritta all'Ufficio Accoglienza, con 7 (sette) giorni di anticipo rispetto alla data di dimissione prevista.

In caso di richiesta di dimissione anticipata rispetto al periodo di preavviso necessario, viene addebitato un importo pari alla retta giornaliera moltiplicata per i giorni di preavviso mancanti.

All'atto delle eventuali dimissioni verranno addebitate spese amministrative d'uscita (vedi Tabella delle Tariffe) ove si sia trattato di permanenza superiore a 3 (tre) mesi.

Le dimissioni a causa del mancato o non accettato pagamento della retta, previsto anche ai sensi della Delibera Regione Lombardia n. 8496 del 26.11.2008E n. 1185 del 20.12.2013 e s.m.i., avverrà in adempimento agli obblighi di comunicazione normativamente stabiliti (comunicazione in forma scritta mediante raccomandata A/R all'Ospite /Rappresentante dell'Ospite, al Sindaco del Comune di residenza dell'Ospite e all'ATS) al fine di garantire la dimissione in forma assistita. In questo caso, la RSA invita l'Ospite e/o il Rappresentante dell'Ospite a fare riferimento presso l'Ufficio Anziani del Comune dell'ultima residenza dell'Ospite al fine di trovare l'alternativa adeguata alle necessità dell'Ospite. Fondazione fornirà l'adeguata assistenza per l'evasione della pratica presso il Comune.

8. SERVIZI NON INCLUSI NELLA RETTA

- **Il Servizio Ambulanza al momento dell'accettazione o dell'eventuale dimissione è a carico dell'Ospite. Il trasferimento dell'Ospite da un centro della Fondazione ad un altro ed eventuali trasferimenti per ricoveri ospedalieri – e /o esami richiesti dal medico responsabile sono a carico della Fondazione.**
- **Nel caso di decesso dell'Ospite, i parenti contatteranno a loro discrezione un'impresa di Onoranze Funebri autorizzata. Le spese sono a carico della famiglia.** Il personale in servizio non può fornire indicazione alcuna alla scelta dell'impresa, come previsto dalla normativa regionale vigente (Regolamento Regionale 9 novembre 2004, n. 6).

9. ORARIO DELL'UFFICIO ACCOGLIENZA

L'Ufficio Accoglienza della RSA è a disposizione per eventuali necessità su appuntamento, da richiedere al numero telefonico **0332 863527 / 0332 863567** o alla mail **sua.malnate@dongnocchi.it**

Letto, approvato e sottoscritto in Malnate, il _____

L'Ospite _____



ISTRUTTORIA RSA - CONVENZIONE

Il Rappresentante dell'Ospite _____

() Durante il periodo di Pandemia le assenze degli Ospiti per qualunque causa dovranno rispettare i Protocolli di Fondazione in materia di Covid-19 a garanzia della tutela propria e del Centro RSA ospitante*

TABELLA DELLE TARIFFE IN VIGORE DAL 01/01/2025

| Centro S. Maria al Monte di Malnate | |
|--|----------------|
| Nucleo | Tariffa |
| RSA tipica Camera doppia | Euro 73,00 |
| RSA tipica Camera singola | Euro 83,00 |
| RSA reparto protetto Camera doppia | Euro 83,00 |
| Impegno camera | Euro 110,00 |

| <u>ALTRE PRESTAZIONI E SERVIZI</u> | Tariffa |
|---|-------------------|
| Giornate di mancato preavviso (fino a un max di 7 gg) | Tariffa in vigore |
| Parrucchiere | |
| • Piegatura | Euro 12,00 |
| • Taglio e piega | Euro 21,00 |
| • Taglio e piega in camera | Euro 22,00 |
| • Piegatura e colore | Euro 29,00 |
| • Piegatura Permanente | Euro 35,00 |
| • Piegatura, taglio e colore | Euro 36,00 |
| • Piegatura, taglio e permanente | Euro 40,00 |
| • Taglio, shampoo uomo | Euro 12,00 |
| • Taglio e shampoo in camera | Euro 13,00 |
| • Piegatura in camera | Euro 13,00 |
| Podologo | Euro 25,00 |
| Relazione medica per accertamento invalidità | Euro 90,00 |
| Copia cartella clinica | Euro 31,00 |

Per ricevuta

Malnate