

ISTRUTTORIA RSA - SOLVENZA

VERIFICA DELLA DOMANDA DI ACCOGLIENZA – VALUTAZIONE E PROTOCOLLO

NOMINATIVO

ETA _____

PROVENIENZA:

VALUTAZIONE

Classe Sospia presunta:

Data _____

Firma _____

Dom. Normale

Dom. Urgente

AGGIORNAMENTO

Classe Sospia 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

MSC 10 Rev.12 Gennaio 2024 Pag.2/9	Direzione di Centro	Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS Centro S. Maria al Monte, Malnate Area Nord	
ISTRUTTORIA RSA - SOLVENZA			

DOMANDA DI ACCOGLIENZA IN REGIME DI SOLVENZA - RSA


Gentile Sig./Sig.ra, i documenti da Lei ritirati costituiscono la domanda di accoglienza presso la Residenza Sanitaria Assistenziale nei posti letto in solvenza, quindi non a carico del SSR 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).

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 12:30 e dalle ore 13:30 alle ore 17:00.

Grazie.

La Direzione

MSC 10 Rev.12 Gennaio 2024 Pag.3/9	Direzione di Centro	Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS Centro S. Maria al Monte, Malnate Area Nord	
ISTRUTTORIA RSA - SOLVENZA			

DOCUMENTI RICHIESTI PER L'AMMISSIONE
NELLA RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE IN REGIME DI SOLVENZA

DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA

Istruttoria RSA compilata e firmata nelle seguenti parti (MSC 10)


- ✓ Domanda di accoglienza
- ✓ Regolamento economico-finanziario
- ✓ Dichiarazione di Impegno Economico
- ✓ 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 alla cura (MGC 32)
- ✓ Scheda sanitaria (a cura del Medico Curante o dello Specialista della Struttura inviante)
- ✓ Scheda assistenziale (a cura del Care Giver)

DOCUMENTAZIONE MEDICA

- ✓ Documentazione medica precedente (in particolare ricoveri ospedalieri, visite specialistiche, esami ematochimici)

DOCUMENTAZIONE PERSONALE

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

MSC 10 Rev.12 Gennaio 2024 Pag.4/9	Direzione di Centro	Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS Centro S. Maria al Monte, Malnate Area Nord	
---	--------------------------------------	---	---

ISTRUTTORIA RSA - SOLVENZA

DOMANDA DI ACCOGLIENZA

La/il sottoscritta/o _____

nata/o a _____ provincia _____ il _____

Stato Civile _____

residente a _____ prov. _____ via _____ n. _____

domiciliata/o a _____ prov. _____ via _____ n. _____

telefono _____ cellulare _____

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

DICHIARA

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

Data _____ Firma del diretto interessato _____

Sottoscrizione della domanda di accoglienza da parte del Rappresentante del Paziente, nel caso di impedimento di questi, in qualità di:


- PARENTE
- TUTORE
- CURATORE
- AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO (nei limiti della disponibilità economica dell'Ospite e con le prescrizioni previste nel decreto di nomina del Giudice Tutelare)
- GARANTE
- MEDICO CURANTE

Sig.ra/Sig.....Nato il

residente a:Via: n°:.....

telefono:E.mail.....

Data Firma del Rappresentante.....

MSC 10 Rev.12 Gennaio 2024 Pag.5/9	Direzione di Centro	Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS Centro S. Maria al Monte, Malnate Area Nord	
ISTRUTTORIA RSA - SOLVENZA			

REGOLAMENTO ECONOMICO FINANZIARIO

Indicazioni Generali

Il ricovero nella Residenza Sanitaria Assistenziale nei posti letto non a carico del SSR prevede una permanenza minima di 30 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 addebitati a tariffa intera i giorni di mancato preavviso.

Il regime di solvenza non modifica il rapporto della persona con il proprio Medico di Base, pertanto competono al Medico di Base le prescrizioni, in accordo con il medico di struttura, di eventuali visite o esami specialistici (compresi gli esami ematochimici).

I farmaci rimangono a carico della struttura nel limite di quelli previsti dal prontuario farmaceutico della Fondazione don Gnocchi.

Restano a carico della struttura eventuali trasporti in ambulanza per visite esterne.

Il Centro provvede direttamente alla fornitura di ausili per la gestione dell'incontinenza (pannoloni, cateteri vescicali, sacche). I presidi per la prevenzione e cura delle lesioni cutanee da decubito (cuscini e materassini anti decubito, medicazioni avanzate, ausili per la postura ed i sistemi e soluzioni per la nutrizione enterale) sono forniti agli aventi diritto secondo le normative della ATS di residenza

Le prestazioni e i servizi erogati sono indicati nella carta dei servizi del centro

Retta Giornaliera

L'ospitalità per un ricovero in regime di solvenza presso la Residenza Sanitaria Assistenziale del "Centro S. Maria al Monte" della Fondazione don Gnocchi – Onlus prevede una retta giornaliera di

- € 120,00 (centoventi/00) per la camera doppia dal.....al.....;
- € 130,00 (centotrenta/00) per la camera singola dal.....al.....;
- € 145,00 (centoquarantacinque/00) ricovero dal profilo riabilitativo media intensità in camera doppia dal.....al.....;
- € 155,00 (centocinquantacinque/00) per ricovero dal profilo riabilitativo media intensità in camera singola dal.....al.....;
- € 165,00 (centosessantacinque/00) per ricoveri dal profilo riabilitativo quotidiano in camera doppia dal.....al.....;
- € 175,00 (centosettantacinque/00) per ricovero dal profilo riabilitativo quotidiano in camera singola dal.....al.....;

fatte salve eventuali convenzioni stipulate con Enti, Fondazioni e/o Associazioni.

<p>MSC 10 Rev.12 Gennaio 2024 Pag.6/9</p>	<p>Direzione di Centro</p>	<p>Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS Centro S. Maria al Monte, Malnate Area Nord</p>	
<p>ISTRUTTORIA RSA - SOLVENZA</p>			

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

Modalità e termini di pagamento della retta

La retta viene fatturata all’inizio del mese di competenza (fatto salvo il rimborso con nota di credito nel caso di dimissioni anticipate rispetto alla fine dello stesso mese) e deve essere pagata in una delle seguenti modalità:

- Assegno Bancario non trasferibile intestato a: “Fondazione don C. Gnocchi - Onlus” da consegnare presso il Servizio Unico Accoglienza del Centro.
- Bonifico Bancario presso Banca Popolare di Milano – Agenzia 01596 di Vedano Olona – Codice Iban: IT48N 05034 50620 000000001094.
- 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.

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

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.

In presenza di lista di attesa la scelta del paziente da inserire compete al Responsabile Medico, tenuto conto del criterio cronologico (data presentazione domanda) e di criteri specifici quali urgenza sociale o clinica e convenzioni in essere.


Nel caso di impedimenti all’ingresso nella data concordata nella domanda dipendenti dall’ospite, se il paziente desidera mantenere il posto letto assegnato, previa autorizzazione della Direzione, può ritardare l’ingresso pagando una retta giornaliera “ridotta” a Euro 80,00 per la camera doppia ed a Euro 90,00 per la camera singola.

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 addebitati a tariffa intera 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 80,00 per la camera doppia ed a Euro 90,00 per la camera singola.

MSC 10 Rev.12 Gennaio 2024 Pag.7/9	Direzione di Centro	Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS Centro S. Maria al Monte, Malnate Area Nord	
ISTRUTTORIA RSA - SOLVENZA			

Orario del Servizio Unico di Accoglienza

Gli Uffici sono aperti al pubblico dal lunedì al venerdì dalle ore 9,00 alle ore 12,30 e dalle ore 13.30 alle ore 17,00.

Servizi non inclusi nella retta

I servizi aggiuntivi di cura estetica da parte del parrucchiere (taglio, messa in piega, permanente e tinta) che vengono effettuati su richiesta dell'Ospite o dei parenti dello stesso, sono a pagamento come evidenziato dalla Tabella delle Tariffe e devono essere richiesti presso il Servizio Unico Accoglienza.

E' altresì a disposizione dell'Ospite, pur essendone a Suo carico il relativo costo, quale risultante dalla Tabella Tariffe allegata alla domanda di accoglienza, il Podologo, le cui prestazioni sono da richiedersi presso il Servizio Unico Accoglienza.

Per i ricoveri in regime di solvenza il servizio di trasporto in ambulanza dell'ospite in fase di ingresso e dimissione è a carico del paziente.

Restano inoltre a carico dell'ospite eventuali trasporti in ambulanza per visite mediche esterne previste nel periodo di degenza.

- Nel caso di decesso dell'Ospite i familiari contatteranno a loro libera discrezione un'Agenzia di Pompe Funebri autorizzata. Le spese sono a carico della famiglia.


Per accettazione del Regolamento economico finanziario

Data _____ Firma del Diretto Interessato _____

Per accettazione da parte del Rappresentante dell'Ospite (vedi domanda di accoglienza), nel caso di impedimento di questi, in qualità di:

- PARENTE
- TUTORE
- CURATORE
- AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO (nei limiti della disponibilità economica dell'Ospite e con le prescrizioni previste nel decreto di nomina del Giudice Tutelare)
- GARANTE

Data Firma del Rappresentante.....

<p>MSC 10 Rev.12 Gennaio 2024 Pag.8/9</p>	<p>Direzione di Centro</p>	<p>Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS Centro S. Maria al Monte, Malnate Area Nord</p>	
<p>ISTRUTTORIA RSA - SOLVENZA</p>			

DICHIARAZIONE DI IMPEGNO ECONOMICO E/O VARIAZIONE SISTEMAZIONE

La/il sottoscritta/o Nato il
residente a: Via: n°
telefono: E.mail Codice Fiscale

in qualità di

- PARENTE
- TUTORE
- CURATORE
- AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO (nei limiti della disponibilità economica dell’Ospite e con le prescrizioni previste nel decreto di nomina del Giudice Tutelare)
- GARANTE

DICHIARA

di assumere, con decorrenza odierna, l’onere della retta di ricovero quale rappresentante dell’Ospite Sig.ra/Sig. _____
e 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.**

La/il sottoscritta/o inoltre

DICHIARA

- Di essere a conoscenza ed accettare le condizioni economico/finanziarie che regolano l’accesso e la permanenza presso la Residenza Sanitaria Assistenziale.
- Di essere a conoscenza che la retta giornaliera prevista è di Euro 120,00 per la camera doppia e di Euro 130,00 per la singola.
- Di essere a conoscenza che la retta giornaliera prevista per un ricovero riabilitativo in media intensità è di Euro 145,00 in camera doppia e di Euro 155,00 in camera singola.
- Di essere a conoscenza che la retta giornaliera prevista per un ricovero a scopo riabilitativo in alta intensità (quotidiano) è di Euro 165,00 in camera doppia e di Euro 175,00 in camera singola.
- Di essere a conoscenza che la retta viene fatturata all’inizio del mese di competenza (fatto salvo il rimborso con nota di credito nel caso di dimissioni anticipate rispetto alla fine dello stesso mese) e che deve essere pagata entro la prima settimana lavorativa.



ISTRUTTORIA RSA - SOLVENZA

- 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 _____

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

La/il sottoscritta/o _____
nata/o a _____ provincia _____
il _____
residente a _____ prov. _____ via _____ n. _____
telefono fisso _____, cellulare _____
Cod. 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 _____