

# FONTENUOVO

## Residenze di Ospitalità per Anziani

### Fondazione O.N.L.U.S.

### **Residenza Protetta FONTENUOVO**

Via E. dal Pozzo, 61 - 06126 PERUGIA

tel. centralino n. 075/5722556 tel. Amm.ne n. 075/5722345

fax n. 075/5722347

[www.fontenuovo.it](http://www.fontenuovo.it)

e-mail: [segreteria@fontenuovo.191.it](mailto:segreteria@fontenuovo.191.it)

## **DOMANDA DI AMMISSIONE**

del/la Sig/ra.....

*N.B. 1) La presente domanda verrà esaminata solo se la documentazione allegata sarà completa*

*2) Si prega di scrivere in stampatello o a macchina*

Data emissione	Revisione	N° complessivo di pagine	Firma Responsabile Emissione	Firma Responsabile Qualità	Cod. Documento
22/01/2007	00	Pagina 1 di 18	Sig.ra Patrizia Tosti	Dott. Stefano Aquinardi	01-AMM-D-DomandAmmissFont-Rev 00

Il /La sottoscritto/a:

Cognome.....Nome.....

Cognome del coniuge (se vivente o deceduto).....

Nato/a a.....Prov. di  
.....il.....

residente a.....Prov. di.....Via.....n.....

tel.n...../.....

Carta di identità n.....rilasciata da.....

Valida fino a.....

Coniugato/a                  Vedovo/a                  Celibe/Nubile                  Separato/a  
Divorziato/a

Figli n..... Professione esercitata nel passato.....

Scolarità .....

Attualmente vive: solo/a                  con familiare                  altro.....  
.....

**DOMANDA**

di essere ammesso a convivere nella Residenza Protetta "FONTENUOVO" gestita dalla Fondazione "Fontenuovo", dopo aver preso visione del Regolamento vigente ed averlo accettato.

Perugia, lì .....

Il richiedente

.....

Grado di parentela

I richiedenti

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## **dal Regolamento vigente:**

### *Art. 16 - ENTRATE*

Le entrate della Residenza Protetta "Fontenuovo", in mancanza di qualsiasi patrimonio immobiliare, consistono:

- 1) nelle tariffe regionali, corrisposte in base all'allegato 1 al DPCM 14 Febbraio 2001, per l'area "Anziani e persone non autosufficienti con patologie cronicodegenerative";
- 2) nelle offerte in denaro o in natura da parte di privati o enti;
- 3) in eventuali altri contributi di enti pubblici o privati;
- 4) in ogni altro emolumento che legittimamente le pervenga.

Ciascun ospite utente deve corrispondere la propria quota di partecipazione alla spesa, come stabilito dalla Regione Umbria. In via transitoria e fino all'adozione dei relativi provvedimenti regionali, la sua partecipazione consiste nel pagamento del 50% della tariffa convenzionalmente stabilita dall'Azienda USL n. 2 detratto quanto eventualmente corrisposto dal Comune di appartenenza.

In capo all'ospite sarà comunque conservata la disponibilità minima di reddito prevista dalla vigente Convenzione con la ASL n. 2.

Qualora l'ospite utente non sia in grado di corrispondere la quota di partecipazione di sua pertinenza, dovranno a ciò provvedere i familiari e comunque i parenti secondo le disposizioni dell'art. 433 cod. civ..

Al momento della sottoscrizione della domanda di ammissione, l'ospite utente potrà decidere, a sua discrezione, di devolvere alla Fondazione "Fontenuovo", a titolo di liberalità, tutto o in parte del suo reddito da pensione, indennità di accompagnamento e simili, mediante apposita dichiarazione in ogni tempo revocabile.

Per presa visione e accettazione:

Perugia, .....

Il dichiarante

.....

Grado di parentela

I dichiaranti

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Data emissione	Revisione	N° complessivo di pagine	Firma Responsabile Emissione	Firma Responsabile Qualità	Cod. Documento
7 Aprile 2010	00	Pagina 3 di 18	Sig.ra Patrizia Tosti	Dott. Stefano Aquinardi	01-AMM-D-DomandAmmissFont-Rev 00

## DICHIARAZIONE ECONOMICA E PATRIMONIALE

Il/La sottoscritto/a dichiara, sotto la propria responsabilità, di essere titolare delle seguenti situazioni economiche e patrimoniali:

**- PENSIONI:**

**INPS:** cat..... n. libretto.....di €.....mensili, in  
 riscossione presso.....  
 .....

**INPS** cat..... n. libretto.....di €.....mensili, in  
 riscossione presso.....  
 .....

**DIREZIONE PROV. DEL TESORO** cat..... iscrizione  
 n .....  
 di €.....mensili, in riscossione presso.....  
 .....

**INPDAP** iscrizione n.....di €.....mensili, in  
 riscossione presso.....  
 .....

**ALTRO:** cat..... iscrizione n ..... di € .....  
 mensili,  
 in riscossione presso.....

**- INVALIDITA' CIVILE:**

Tipologia di Invalidità accertata.....

Presentata domanda: SI in data..... NO

In attesa di verbale medico: SI NO

In riscossione: SI NO

**- INTEGRAZIONE-RETTA :**

Data emissione	Revisione	N° complessivo di pagine	Firma Responsabile Emissione	Firma Responsabile Qualità	Cod. Documento
7 Aprile 2010	00	Pagina 4 di 18	Sig.ra Patrizia Tosti	Dott. Stefano Aquinardi	01-AMM-D-DomandAmmissFont-Rev 00

Valutazione U.V.G.:..... in data.....

Ha diritto all' integrazione-retta di parte sanitaria?    SI        NO  
 Ha diritto all' integrazione-retta di parte sociale?    SI        NO

- PROPRIETA':

- di abitazione            SI            località.....            NO  
 - di altri immobili        SI            località.....            NO  
 - di terreni                SI            località.....            NO  
 Abitazione in affitto    SI            località.....            NO

- Le proprietà devono essere ben specificate, costituendo informazioni utili per dichiarazioni richieste da Enti pubblici.
- Tutte le imposte e le tasse relative agli immobili suddetti sono a carico del dichiarante e/o dei familiari.

Presenta dichiarazione dei Redditi:    SI            NO

Perugia,.....

Il dichiarante

.....

Grado di parentela

I dichiaranti

.....  
 .....  
 .....

.....  
 .....  
 .....

Data emissione	Revisione	N° complessivo di pagine	Firma Responsabile Emissione	Firma Responsabile Qualità	Cod. Documento
7 Aprile 2010	00	Pagina 6 di 18	Sig.ra Patrizia Tosti	Dott. Stefano Aquinardi	01-AMM-D-DomandAmmissFont-Rev 00

**RETTA**

Il/i sottoscritto/i.....

nella sua/loro qualità di.....  
(grado di parentela)

del/la  
Sig/ra.....

ospitato/a nella Residenza Protetta FONTENUOVO di Perugia

**SI IMPEGNA/SI IMPEGNANO**

al versamento della retta fissata dalla Regione dell'Umbria per le Residenze Protette per Anziani non autosufficienti attualmente pari a

Euro giornalieri .....  
(in cifre) (in lettere)

quale retta per il mantenimento del Suo/Loro congiunto presso la Residenza Protetta FONTENUOVO di Perugia per il periodo di permanenza presso la Struttura, **dato che gode/non gode della quota di integrazione sanitaria da parte della ASL n. 2.**

Si impegna al versamento mediante accredito nel c/c bancario della Fondazione o mediante versamento in contanti presso l'Amministrazione della stessa.

Perugia,.....

Il dichiarante

.....

Grado di parentela

I dichiaranti

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Note integrative:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**TRASFERIMENTO DI RESIDENZA**

Il/La ..... sottoscritto/a  
.....

**AUTORIZZA**

il trasferimento della residenza anagrafica attuale presso la sede della Residenza Protetta "FONTENUOVO" di Perugia in Via Enrico dal Pozzo n. 61, dopo il periodo sperimentale consentito dal Regolamento interno.

Perugia,.....

Il dichiarante

.....

Grado di parentela

I dichiaranti

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## **TRASFERIMENTO DI PENSIONE E DELEGA ALLA RISCOSSIONE**

Il/La sottoscritto/a.....

### **SI IMPEGNA**

a fornire il proprio consenso per il trasferimento della/e pensione/i di cui è titolare con relativa delega di riscossione al Presidente del Consiglio di Amministrazione della Fondazione "Fontenuovo-Residenze di Ospitalità per Anziani" e pagamento mediante accredito diretto nel c/c bancario della medesima, trascorso il periodo sperimentale consentito dal Regolamento interno.

Perugia,.....

Il dichiarante

.....

Grado di parentela

I dichiaranti

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Data emissione	Revisione	N° complessivo di pagine	Firma Responsabile Emissione	Firma Responsabile Qualità	Cod. Documento
7 Aprile 2010	00	Pagina 9 di 18	Sig.ra Patrizia Tosti	Dott. Stefano Aquinardi	01-AMM-D-DomandAmmissFont-Rev 00

**CONTRIBUTO INTEGRATIVO FAMILIARE**

Il/i  
sottoscritto/i.....

nella sua/loro qualità  
di.....  
(grado di parentela)

del/la  
Sig/ra.....

ospitato/a nella Residenza Protetta "FONTENUOVO" di Perugia

**SI IMPEGNA/SI IMPEGNANO**

a partecipare al mantenimento del predetto suo/loro congiunto col versamento del contributo mensile

di Euro.....  
(in cifre) (in lettere)

quale quota di integrazione della retta in vigore fissata dalla Regione dell' Umbria.

Tale contributo verrà adeguato alla variazione della tariffa regionale.

Perugia,.....

Il dichiarante

.....

Grado di parentela

I dichiaranti

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Note integrative:

Data emissione	Revisione	N° complessivo di pagine	Firma Responsabile Emissione	Firma Responsabile Qualità	Cod. Documento
7 Aprile 2010	00	Pagina 10 di 18	Sig.ra Patrizia Tosti	Dott. Stefano Aquinardi	01-AMM-D-DomandAmmissFont-Rev 00

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**CUSTODIA DEI VALORI**

Il/La sottoscritto/a.....

ospite presso la Residenza Protetta "FONTENUOVO" sita in Perugia

**E S O N E R A**

la Direzione e i dipendenti della Residenza predetta da ogni responsabilità in ordine alla custodia dei valori e delle gioie che intende trattenere presso di sé.

Perugia,.....

Il dichiarante

.....

Grado di parentela

I dichiaranti

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## **DICHIARAZIONE DI IMPEGNO PER SPESE FUNERARIE**

Il/i  
sottoscritto/i.....

nella sua/loro qualità di .....(grado di  
parentela)

del/la  
Sig/ra.....

ospite presso la Residenza Protetta "FONTENUOVO" di Perugia,

### **S I I M P E G N A / N O**

a sostenere le spese funerarie dello/a stesso/a.

Perugia,.....

Grado di parentela

I dichiaranti

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Data emissione	Revisione	N° complessivo di pagine	Firma Responsabile Emissione	Firma Responsabile Qualità	Cod. Documento
7 Aprile 2010	00	Pagina 12 di 18	Sig.ra Patrizia Tosti	Dott. Stefano Aquinardi	01-AMM-D-DomandAmmissFont-Rev 00

## **DICHIARAZIONE DI IMPEGNO PER SPESE DI ASSISTENZA OSPEDALIERA**

Il/i  
sottoscritto/i.....

nella sua/loro qualità di .....(grado di  
parentela)

del/la  
Sig/ra.....

ospite presso la Residenza Protetta "FONTENUOVO" di Perugia,

### S I I M P E G N A / N O

a sostenere le eventuali spese di assistenza richieste in caso di ricovero in  
ambiente ospedaliero da parte dell'ospite stesso, nonché eventuali spese  
sanitarie per prestazioni straordinarie non coperte dal S.S.N. (quali  
protesi dentarie, interventi chirurgici, ecc...) .

Perugia, .....

Grado di parentela

I dichiaranti

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Data emissione	Revisione	N° complessivo di pagine	Firma Responsabile Emissione	Firma Responsabile Qualità	Cod. Documento
7 Aprile 2010	00	Pagina 13 di 18	Sig.ra Patrizia Tosti	Dott. Stefano Aquinardi	01-AMM-D-DomandAmmissFont-Rev 00

**DICHIARAZIONE DEI SUCCESSIBILI:**

Il/I

sottoscritto/i.....

che hanno accompagnato nella Residenza Protetta "FONTENUOVO"

il/la Sig/ra..... si impegna/no

a versare, in caso di morte dell'interessato/a, la somma corrispondente alla indennità di accompagnamento o altra pensione o eventuale contributo disposto da qualsiasi Ente statale e non, di competenza del periodo di permanenza dell'interessato/a nella Residenza, trattandosi di crediti vantati dalla Fondazione, e come tali non spettanti ai futuri eredi del defunto.

Perugia, .....

Grado di parentela

I dichiaranti

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## **NOTE INFORMATIVE DEL PARROCO**

Il Rev.do Parroco: don.....

della parrocchia

di .....

.....

### **D I C H I A R A:**

quanto segue sul conto del/la Sig/ra

.....

.....

•

.....

•

.....

•

.....

•

.....

•

.....

•

.....

•

.....

•

.....

•

.....

•

Perugia,.....

Data emissione	Revisione	N° complessivo di pagine	Firma Responsabile Emissione	Firma Responsabile Qualità	Cod. Documento
7 Aprile 2010	00	Pagina 15 di 18	Sig.ra Patrizia Tosti	Dott. Stefano Aquinardi	01-AMM-D-DomandAmmissFont-Rev 00

.....  
(timbro e firma del Parroco)

N.B. Si prega di mettere in busta chiusa

### **INDIRIZZI DI PERSONE DI RIFERIMENTO**

Indicare cognome, nome e indirizzo completo, numero telefonico dei familiari o delle persone che in caso di necessità la Direzione della Residenza FONTENUOVO deve informare:

**1) Cognome e nome**.....

grado di parentela ..... abitante in..... CAP.  
.....

Via.....n..... telefono n.....

**2) Cognome e nome**.....

grado di parentela ..... abitante in..... CAP.  
.....

Via.....n..... telefono n.....

**3) Cognome e nome**.....

grado di parentela ..... abitante in..... CAP.  
.....

Via.....n..... telefono n.....

Data emissione	Revisione	N° complessivo di pagine	Firma Responsabile Emissione	Firma Responsabile Qualità	Cod. Documento
7 Aprile 2010	00	Pagina 16 di 18	Sig.ra Patrizia Tosti	Dott. Stefano Aquinardi	01-AMM-D-DomandAmmissFont-Rev 00

**4) Cognome e nome**.....

grado di parentela ..... abitante in..... CAP.

.....

Via.....n..... telefono n.....

**5) Cognome e nome**.....

grado di parentela ..... abitante in..... CAP.

.....

Via.....n..... telefono n.....

**DOCUMENTI DA PRESENTARE  
IN ALLEGATO ALLA DOMANDA DI AMMISSIONE*****1 - CERTIFICATI VARI:***

- a) carta di identità (in fotocopia prima dell'ingresso ed in originale alla data di ingresso)
- b) certificato cumulativo di stato di famiglia, cittadinanza e residenza rilasciato dal Comune (o autocertificazione)
- c) certificato di nascita o estratto di atto di nascita (con paternità e maternità) rilasciato dal Comune (o autocertificazione)
- d) certificato dei carichi pendenti (rilasciato dalla Procura presso il Tribunale)
- e) certificato generale del Casellario Giudiziale (rilasciato dal Tribunale)
- f) certificato di interdizione o inabilitazione (rilasciato dal Tribunale Civile)
- g) codice fiscale (in fotocopia prima dell'ingresso ed in originale alla data di ingresso)
- h) libretti e certificati di pensione (in fotocopia prima dell'ingresso ed in originale alla data di ingresso)
- i) copia del verbale della Commissione USL di Invalidità civile
- j) copia del mod. 740 o mod. 730 e/o mod. CUD
- k) modello Obis M rilasciato da tutti gli enti pensionistici
- l) n. 4 fotografie recenti in formato tessera
- m) valutazione socio-sanitaria da parte della U.V.G. competente
- n) autorizzazione sanitaria all'inserimento in Residenza
- o) eventuale documento di nomina di tutore/curatore, ecc...

Data emissione	Revisione	N° complessivo di pagine	Firma Responsabile Emissione	Firma Responsabile Qualità	Cod. Documento
7 Aprile 2010	00	Pagina 17 di 18	Sig.ra Patrizia Tosti	Dott. Stefano Aquinardi	01-AMM-D-DomandAmmissFont-Rev 00

p) consenso informativo della privacy

**2 - CERTIFICATI SANITARI:**

- a) certificato del medico curante che dichiara lo stato di salute del richiedente specificando le malattie attuali e terapia farmacologia aggiornata
- b) tessera sanitaria e libretto di esenzione ticket nonché libretti per erogazione di presidi sanitari  
 (in fotocopia prima dell'ingresso e in originale all'ingresso)
- c) RX torace
- d) Elettrocardiogramma
- e) Markers epatite B e C
- f) Sierologia per HBV, HCV
- g) Reazione di Mantoux
- h) Emocromo, biochimico, VES, esami urine
- i) Cartella clinica di eventuale/i ultimo/i ricovero/i ospedaliero/i

**Si raccomanda la massima completezza della domanda  
 pena la non accettazione**

Data emissione	Revisione	N° complessivo di pagine	Firma Responsabile Emissione	Firma Responsabile Qualità	Cod. Documento
7 Aprile 2010	00	Pagina 18 di 18	Sig.ra Patrizia Tosti	Dott. Stefano Aquinardi	01-AMM-D-DomandAmmissFont-Rev 00