**CASA PER PERSONE ANZIANE E NON AUTOSUFFICIENTI PAREBZO**

**Parenzo, M. Gioseffi 2**

**Tel: 052 423-282**

**Fax: 052 423-283**

**E-mail: dom-porec@pu.t-com.hr**

DCOUMENTI PER ACCEDERE ALLA CASA:

1. Certificato di nascita
2. Certificato di cittadinanza
3. Certificato di residenza permanente nella Repubblica di Croazia (rilasciato dal Ministero degli Affari Interni)
4. Fotocopie dei seguenti documenti:
* carta d’identità
* tessera sanitaria
* tessera di assicurazione sanitaria integrativa
* ultimo cedolino della pensione
1. Richiesta scritta per accedere all’istituzione (modulo fornito dall’ente)
2. Modulo con dati personali (modulo fornito dall’ente)
3. Certificato medico con informazioni sullo stato di salute generale, assenza di gravi malattie mentali o infettive e di non essere in cura per alcolismo (modulo fornito dell’ente)
4. Provvedimento di tutela per persona sottoposta a tutela legale

EFFETTI PERSONALI RICHIESTI:

1. Tessera sanitaria e fotocopia della documentazione medica rilevante (lettere di dimissione ospedaliera e altri referti significativi)
2. Prodotti per l'igiene personale tra cui (il pettine, il sapone, lo shampoo per capelli, lo spazzolino da denti, il dentifricio, gli accessori per la rasatura e altri articoli di igiene per uso quotidiano)
3. Farmaci e dispositivi sanitari necessari (pannolini, cateteri, ecc.)
4. Fazzoletti
5. Pigiami o camicie da notte (minimo - 5 pezzi)
6. Biancheria intima (mutande -10 pezzi)
7. Canottiere (5 pezzi)
8. T-shirt (5 pezzi)
9. Calze (5 paia)
10. Pantofole (2 paia)
11. Scarpe o sandali
12. Vestaglia
13. Altri capi di abbigliamento personale (pantaloni, gonne, camicie, t-shirt, tute...)

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

 Nome e cognome del/della richiedente

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

 Indirizzo

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

 Telefono

**DOMANDA DI AMMISSIONE**

alla Casa per persone anziane e non autosufficienti Parenzo

1. **Dati personali del richiedente**

Nome e cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Tipologia di sistemazione desiderato:** *(seleziona una sola opzione)*
	1. sistemazione tramite programma sociale (prezzo agevolato)
	2. sistemazione a prezzo economico
2. **Tipo di alloggio richiesto:**
	1. appartamento
	2. camera singola
	3. camera doppia
	4. camera tripla
	5. soggiorno di mezza giornata (dalle ore 7.00 alle ore 16.00 con vitto e assistenza)
3. **Tempistica della richiesta di sistemazione:**
	1. Accesso immediato alla struttura
	2. Prenotazione per il futuro e in caso di perdita dell’autosufficienza

NOTA:

*(Spazio riservato a eventuali osservazioni o richieste particolari)*

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

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

A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (data) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DATI PERSONALI**

1. Nome e cognome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Indirizzo di residenza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Nome del padre e della madre (cognome da nubile della madre):

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

1. Data di nascita (giorno, mese e anno): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. OIB/NIP (Codice fiscale) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Numero della carta d'identità \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciata a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Luogo di nascita (comune) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Luogo:
	1. Domiciliato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	2. Residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Cittadinanza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Nazionalità \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. Stato civile\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Numero di figli\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
8. Occupazione precedente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
9. Titolo di studio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
10. Componenti del nucleo familiare

|  |  |
| --- | --- |
| Nome e cognome | Grado di parentela |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. Soggetti tenuti al mantenimento e familiari (anche se non fanno parte del nucleo familiare)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome e cognome | Grado di parentela | Indirizzo | Tel. | Firma |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

15. Stato patrimoniale dell'utente

1. pensione (specificare tipo e importo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. proprietà immobiliari (es. abitazioni, terreni): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. proprietà mobiliari (es. conti correnti, titoli, polizze, veicoli):

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

1. Copertura della differenza tra pensione e costi di alloggio

Chi si fa carico della differenza tra l’importo della pensione e i costi di permanenza nella struttura:

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

1. Stato abitativo attuale (indicare se vive da solo, con familiari, in affitto, in proprietà, ecc.): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Contratto di mantenimento a vita

È stato firmato/stipulato un contratto di mantenimento a vita: a) SÌ

 b) NO

1. Condizione giuridica: tutela legale
2. NO
3. SÌ (nome, cognome e indirizzo del tutore: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ )
4. Responsabile dell’organizzazione del funerale (indicare la persona o l’ente che si farà carico dell’organizzazione e delle spese):

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

21. Stato di salute e mobilità:

a) deambulante

b) deambulante con ausili (es. bastone, girello, sedia a rotelle)

c) non deambulante

1. Motivi della domanda di ricovero

(indicare le ragioni principali per cui si richiede l’ammissione alla struttura, es. difficoltà nella gestione quotidiana, solitudine, necessità di assistenza sanitaria continuativa, ecc.):

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

23. Breve biografia (indicare le principali tappe della vita del richiedente: formazione, esperienze lavorative, situazione familiare, interessi personali, ecc.):

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

24. Situazione di residenza al momento della presentazione della domanda:

(selezionare una sola opzione)

1. non residente
2. residente in un istituto che non appartenente alle Rete dei centri di assistenza sociale della Repubblica di Croazia (senza sovvenzione)
3. residente in un istituto appartenente alla Rete dei centri di assistenza sociale della Repubblica di Croazia (con costo dell'alloggio sovvenzionato)

**CERTIFICATO MEDICO PER L'AMMISSIONE**

**ALLA CASA PER PERSONE ANZIANE E NON AUTOSUFFICIENTI PARENZO**

**DATI PERSONALI:**

1. **Nome, cognome nome del padre:**
2. **Data di nascita** (giorno/mese/anno)
3. **Indirizzo di residenza**
4. **Luogo di residenza**
5. **DIAGNOSI:**
6. **PRESENZA DI MALATTIA PSICHICA** ☐ **SÌ** ☐ **NO**

 **2A) DIAGNOSI DI GRAVI MALATTIE PSICHICHE GRAVI E INFETTIVE NEL CORSO DELLA VITA:**

1. **INTERVENTI CHIRURGICI EFFETTUATI:**
2. **TERAPIA IN CORSO:**
3. **ALLERGIE A FARMACI E ALTRI ALERGENI:**

☐ No

☐ Sì - Specificare: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **CAMPIONI MICROBIOLOGICI POSITIVI**: (urinocoltura, tampone della ferita)

☐No

☐Sì

Data del test: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipo di campione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Microrganismo isolato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Stato generale:
 | **8)** Stato di coscienza: | **9)** Attività mottoria |
| * Buono
* Medio
* Scarso
* Molto scarso
 | * Risponde immediatamente
* Apatico/confuso
* Nessuna reazione agli stimoli
* In coma
 | * Deambulante
* Cammina con aiuto
* In sedia a rotelle
* Allettato
 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **10)** Incontinenza | **11)** Alimentazione | **12)** Assunzione di liquidi |
| * Urina
	+ Sì
	+ No
 | * Feci
* Sì
* No
 | * Buona
* Media
* Scarsa
* Non mangia
 | * buona
* Mediai
* Scarsa
* Non beve
 |

|  |  |
| --- | --- |
| **13)**  Ferite | **14)**  Esigenze speciali ☐**sì**  ☐**no** |
| * Piaghe da decubito

☐Sì☐No | Atre ferite☐Sì☐No | * Stoma
* Cannula
* Sonda nasogastrica
* Dialisi peritoneale
* Ausilio per il sistema respiratorio
* Ausilio per il sistema urogenitale
* Altro
 |

**15) ASSISTENZA E CURA DA PARTE DI UN'ALTRA PERSONA:**

**a) non necessaria**

**b) necessaria assistenza continua**

**c) necessaria parzialmente:**

* Igiene completa/bagno di tutto il corpo
* Doccia
* Igiene/bagno di specifiche parti del corpo
* Lavaggio del viso
* Lavaggio dei capelli
* Rasatura
* Igiene con assistenza del personale
* Cura delle unghie
* Svestire
* Vestire
* Igiene della cavità orale
* Altro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**16) ASSISTENZA MEDICA:**

a) non necessaria

b) necessaria - specificare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**17) DIETA ALIMENTARE:**

a) non necessaria

b) necessaria - specificare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**18) CATEGORIA DI ASSICURAZIONE SANITARIA:**

**19) NUMERO DI REGISTRAZIONE:**

**20) CODICE:**

**21) NOTA:**

**22) NOME E COGNOME DEL MEDICO SCELTO (NUMERO DI TELEFONO):**

**Luogo e data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del medico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CERTIFICATO MEDICO**

Il sottoscritto medico certifica che il/la sig./sig.ra **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 (nome e cognome della persona, nome del padre)

**non presenta malattie psichiatriche o infettive** e **non è attualmente in trattamento per alcolismo o altre forme di dipendenza**.

**Luogo e data**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma e timbro del medico**:

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