



**CHIA**  
Care Health Individual Assistance



## DOMANDA DI INGRESSO

### Dati dell'interessato

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

Sesso M F Stato Civile ..... Data di Nascita .....

Luogo di Nascita.....

Residenza in via ..... N. .... Comune di .....

Prov. .... C.A.P..... Recapiti Telefonici .....

Codice Fiscale .....

CHIEDE DI ESSERE INSERITO NEL

**C e n t r o   D i u r n o   D e m e n z e   C H I A   S r l**

### Dati del familiare di riferimento per la presentazione della domanda:

Rapporto di Parentela .....

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

Data di Nascita ..... Luogo di Nascita.....

Residenza in Via ..... N. .... Comune di .....

Prov. .... C.A.P. .... Recapiti Telefonici .....

L'interessato è informato della domanda d'ingresso?       SI     NO

Se NO perché?.....

Indicare il nome e il recapito telefonico del Medico di Famiglia:

.....

- ai sensi del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci contenute nella presente saranno perseguibili secondo la normativa vigente.

Addì,.....

Firma dell'Interessato

\_\_\_\_\_

***N.B.: Per i casi in cui l'interessato non sia in grado di sottoscrivere la presente domanda di ammissione (art. 24 D.Lgs. 196/2003), si richiede di integrare al compilatore di integrare di seguito:***

Cognome e Nome del compilatore della domanda.....

Dichiara:

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445

di essere nato/a il ...../...../..... a.....

Sesso: M  F

Stato civile : ..... Codice Fiscale .....

di risiedere in via/piazza ..... N° .....

comune di ..... C.A.P. .... Provincia .....

recapiti telefonici: Telefono..... Cellulare .....

rapporto di parentela:.....

di aver preso visione del Regolamento del Centro Diurno Demenze e della Carta dei servizi del Centro Diurno e di accettarne espressamente e incondizionatamente le condizioni, di essere a conoscenza del fatto che la tariffa giornaliera sia addebitata all'utente con riduzione del 50% nei giorni di presenza programmata nei quali è stata rilevata un'assenza dello stesso. Detta tariffa ridotta non si applica nel caso in cui l'utente o la sua persona di riferimento richiedano una sospensione momentanea dell'accesso al Centro Diurno con un anticipo di almeno quattro giorni di calendario;

di aver ricevuto copia dell'Informativa sul trattamento dei dati personali - art. 13 Regolamento UE 16/679;

di accettare le tariffe ed il relativo pagamento tra cui:

- tariffa di presenza giornaliera – giornata intera (Euro \_\_\_\_\_);

- tariffa di presenza giornaliera – mezza giornata fino a 5 ore (Euro \_\_\_\_,\_\_);
- tariffa per una permanenza fino a 3 ore (Euro \_\_\_\_,\_\_);
- tariffa pasto (Euro \_\_\_\_,\_\_);
- tariffa trasporto dal domicilio al Centro e rientro al domicilio (Euro \_\_\_\_,\_\_);
- tariffa trasporto giornaliero solo andata o ritorno (Euro \_\_\_\_,\_\_);
- ogni ulteriore tariffa aggiuntiva per servizio usufruito (es. servizio podologia, bagno assistito, parruccheria);

di provvedere al pagamento delle tariffe in nome e/o per conto della persona fruitrice del servizio;

di rispondere solidalmente in caso di debito verso C.H.I.A. Srl;

di aver concordato con il Responsabile/Coordinatore del Centro Diurno Demenze il seguente:

**Piano Assistenziale**

Periodo di accesso al Centro Diurno dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Compilare il seguente piano di frequenza

	dalle	alle	Pranzo	Trasporto a carico
LUNEDÌ				
MARTEDÌ				
MERCOLEDÌ				
GIOVEDÌ				
VENERDÌ				

Eventuali altre prestazioni (es. servizio podologia, bagno assistito, parruccheria) potranno essere concordate direttamente con il Responsabile del Centro Diurno Demenze

di accettare le seguenti condizioni:

- la Società C.H.I.A.Srl titolare del Centro Diurno Demenze CHIA Srl emetterà fattura i primi giorni di ogni mese riferita alle prestazioni fruitre nel mese precedente;
- il pagamento della fattura deve essere fatto sul c/c intestato alla Care Health Individual Assistance Srl (CODICE IBAN **IT92P0881779030001000128129**) entro il 15 del mese di emissione della fattura;
- qualora la C.H.I.A. Srl riscontri dei crediti provvederà al recupero forzoso degli stessi nei modi di legge, con il conseguente aggravio delle spese a carico del debitore e l'applicazione degli interessi di mora.

ALLEGATI:

- Copia della Carta d'Identità;

- Certificazione medica sulla presenza di disabilità, sullo stato di salute e sulla terapia farmacologica compilata dal medico di medicina generale;
- Informazioni di carattere sociale raccolte dal Responsabile/Coordinatore del Centro Diurno

Addì,.....

Firma dell'Interessato

\_\_\_\_\_

*spazio riservato al Centro Diurno Demenze CHIA Srl*

DA COMPILARE A CURA DI CHI RICEVE LA DOMANDA

Ai sensi degli art. 30 e 38 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, la presente dichiarazione è stata:  sottoscritta, previa identificazione del richiedente, in presenza del dipendente addetto (indicare in stampatello il nome)

\_\_\_\_\_

sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità del sottoscrittore

Il Responsabile del Centro Diurno, valutata la documentazione presentata, propone all'Amministratore Unico

di accogliere  di non accogliere il Sig./la Sig.ra \_\_\_\_\_ al servizio di Centro Diurno Demenze CHIA Srl .

Data e firma del Responsabile del Centro Diurno: \_\_\_\_\_

Il Coordinatore del Centro Diurno, valutata la documentazione presentata, propone all'Amministratore Unico

di accogliere  di non accogliere il Sig./la Sig.ra \_\_\_\_\_ al servizio di Centro Diurno Demenze CHIA Srl .

Data e firma del Responsabile del Centro Diurno: \_\_\_\_\_

**Firma del Responsabile del Centro Diurno di accettazione della domanda di ammissione per motivi d'urgenza:** \_\_\_\_\_



**CHIA**  
Care Health Individual Assistance

**SCHEDA SANITARIA**

(Allegato alla domanda di inserimento)

**CERTIFICAZIONE MEDICA, STATO DI SALUTE E TERAPIA FARMACOLOGICA**

Ai fini della valutazione della domanda di ammissione al servizio Centro Diurno Demenze, sito a Sava (TA) in via Vico Chiesa n. 3, si chiede al medico di medicina generale di compilare la presente scheda, che sarà trasmessa al Responsabile medico/Coordinatore del Centro Diurno gestit da C.H.I.A. Srl

NOME E COGNOME DELL'INTERESSATO: \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sesso:  M  F

**VALUTAZIONE DELLA DISABILITÀ**

A. MOBILITÀ PERSONALE	B. CAPACITÀ DI ACCUDIRE A SE STESSO
1. CAMMINA ALL'APERTO ED è CAPACE DI FARE LE SCALE senza difficoltà <input type="checkbox"/> con difficoltà moderata <input type="checkbox"/> solo con l'aiuto di una persona <input type="checkbox"/> non è capace <input type="checkbox"/>	4. MANGIA senza difficoltà <input type="checkbox"/> con difficoltà moderata <input type="checkbox"/> solo con l'aiuto di una persona <input type="checkbox"/> non è capace <input type="checkbox"/>
2. STA IN PIEDI E SI MUOVE IN PIANO senza difficoltà <input type="checkbox"/> con difficoltà moderata <input type="checkbox"/> solo con l'aiuto di una persona <input type="checkbox"/> non è capace <input type="checkbox"/>	5. SI VESTE senza difficoltà <input type="checkbox"/> con difficoltà moderata <input type="checkbox"/> solo con l'aiuto di una persona <input type="checkbox"/> non è capace <input type="checkbox"/>
3. ENTRA E ESCE DAL LETTO senza difficoltà <input type="checkbox"/> con difficoltà moderata <input type="checkbox"/> solo con l'aiuto di una persona <input type="checkbox"/> non è capace <input type="checkbox"/>	6. USA IL GABINETTO senza difficoltà <input type="checkbox"/> con difficoltà moderata <input type="checkbox"/> solo con l'aiuto di una persona <input type="checkbox"/> non è capace <input type="checkbox"/>

**C. COMPORAMENTO**

	MAI	POCHE VOLTE A SETTIMANA	SEMPRE
Disturba di giorno e di notte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oppone alle persone che lo assistono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È aggressivo nei confronti di se stesso, degli altri, delle cose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È apatico e privo di interessi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convive senza problemi con gli altri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**D. ORIENTAMENTO**

Dice nome e cognome ed età SI  NO

Dice il giorno della settimana SI  NO

Riesce a trovare il bagno e la camera da letto SI  NO

**AFFETTO DA:**

1. DEMENZA <input type="checkbox"/>	14. VERTIGINI <input type="checkbox"/>
2. MALATTIE PSICHICHE <input type="checkbox"/>	15. ASMA <input type="checkbox"/>
3. MORBO DI PARKINSON <input type="checkbox"/>	16. DISPNEA <input type="checkbox"/>
4. EPILESSIA <input type="checkbox"/>	17. EDEMI <input type="checkbox"/>
5. ETILISMO <input type="checkbox"/>	18. IPERTENSIONI <input type="checkbox"/>
6. DIABETE <input type="checkbox"/>	19. VOMITO <input type="checkbox"/>
7. PARALISI <input type="checkbox"/>	20. COLICHE ADDOMINALI <input type="checkbox"/>
8. TUMORI <input type="checkbox"/>	21. DIARREA <input type="checkbox"/>
9. ARTROSI <input type="checkbox"/>	22. STIPSI <input type="checkbox"/>
10. ESITI DI FRATTURE <input type="checkbox"/>	23. INCONTIN. URINARIA <input type="checkbox"/>
11. GRAVI RIDUZIONI DELL'UDITO <input type="checkbox"/>	24. INCONTIN. FECALE <input type="checkbox"/>
12. GRAVI RIDUZIONI DELLA VISTA <input type="checkbox"/>	25. PIAGHE DA DECUBITO <input type="checkbox"/>
13. CEFALEA <input type="checkbox"/>	26. AMPUTAZIONI <input type="checkbox"/>
	----- (specificare)

PORTA PROTESI : SI  NO

se sì, quali? : ORTOPEDICHE  ACUSTICHE  CATETERE  ANO PRETERNATUR.  PACE MAKER

ESIGENZE DIETETICHE

---

VALORI PRESSIONE ARTERIOSA \_\_\_\_\_

DIAGNOSI ACCERTATA

---

---

1. è affetta da malattie contagiose SI  NO  se sì quali?

\_\_\_\_\_

2. è affetta da malattia psichiatrica specifica SI  NO  se sì, quali?

\_\_\_\_\_

per questa patologia

è stata seguita da

\_\_\_\_\_

è stata ricoverata nel periodo

\_\_\_\_\_

3. è affetta da etilismo SI  NO  se sì, in che forma? Episodica  Periodica  Incontrollata

4. è affetta da sindrome psicorganica SI  NO  se sì, quali? \_\_\_\_\_

i sintomi sono presenti da \_\_\_\_\_

○ è stata seguita da \_\_\_\_\_

○ è stata ricoverata presso \_\_\_\_\_

5. sono stati eseguiti esami clinici

○ RX Torace

○ Mantoux

6. Risulta una positività dei seguenti esami

○ HBsAg

○ HCV

○ Anticorpi antitreponema

