



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.....

sesto: 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:

- retta mensile (Euro 1100,00);
- 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, parrucchieria);

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	—	—	X	UTENTE
MARTEDÌ	—	—	X	UTENTE
MERCOLEDÌ	—	—	X	UTENTE
GIOVEDÌ	—	—	X	UTENTE
VENERDÌ	—	—	X	UTENTE
N.B. = i giorni della settimana sono 3 o 4 a seconda delle esigenze del familiare (moglie)				
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 in solvenza:



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

