

Aranda

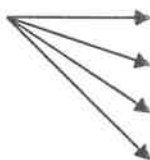
Fondazione Casa Anziani Giubiasco

DOMANDA DI AMMISSIONE

Richiesta

preventiva immediata

Preferenza per:



- camera singola
 camera doppia
 appartamento singolo
 appartamento doppio

Dati anagrafici

Cognome e nome: _____

Cognome da nubile: _____

Cognome e nome del coniuge: _____

Domicilio completo:

Via: _____

NAP e Luogo: _____

Telefono: _____

Stato civile: _____

Data di nascita: _____

Luogo di nascita: _____

Nazionalità: _____

Attinenza: _____

Paternità: _____

Religione: _____

Ex professione: _____

Nr AVS: _____

Lingua madre: _____

Lingua parlata: _____

Cassa Malati: _____

Sezione: _____

N. assicurato/a: _____

Medico curante: _____

Solo per stranieri: Tipo di permesso (allegare copia): _____

Situazione familiare

Il/la richiedente vive con:

- coniuge/convivente
- altri parenti

- solo/a
- altre persone

figli

Parenti

Cognome e nome: _____

Grado di parentela: _____

Indirizzo completo: Via, n. : _____

NAP e Luogo : _____

Telefono : _____

Cellulare : _____

e-mail : _____

Cognome e nome: _____

Grado di parentela: _____

Indirizzo completo: Via, n. : _____

NAP e Luogo : _____

Telefono : _____

Cellulare : _____

e-mail : _____

Cognome e nome: _____

Grado di parentela: _____

Indirizzo completo: Via, n. : _____

NAP e Luogo : _____

Telefono : _____

Cellulare : _____

e-mail : _____

Aranda

Viale C. Olgiati 38 A • cp 671 - 6512 Giubiasco - tel. 091 850 44 00 fax 091 850 44 44

Rappresentante legale

- Apporre la crocetta →
- curatela di amministrazione e sostegno
 - curatela di rappresentanza
 - curatela di rappresentanza/gestione
 - curatela di cooperazione
 - curatela generale

Cognome e nome: _____

Ev. grado di parentela: _____

Indirizzo completo: Via, n. : _____
NAP e Luogo : _____
Telefono : _____
Cellulare : _____
e-mail : _____

Aranda

Viale C. Olgiati 38 A - cp 671 - 6512 Giubiasco - tel. 091 850 44 00 fax 091 850 44 44

DATI INFERMIERISTICI

Cognome: _____ Nome: _____

Data di nascita: _____

Provenienza del richiedente:

- domicilio ospedale, quale
- istituto per anziani (quale:..... / Gruppo Rug's:.....)
- domicilio con aiuti domiciliari

La seguente raccolta dati è improntata sul modello informatico in uso nella nostra struttura:

1. Respirazione:

- non alterato affaticamento (dispnea) da sforzo apnee notturne
- inalazioni affaticamento (dispnea) a riposo ossigeno
- tracheostomia
- altro, specificare.....

2. Alimentazione:

- autonomo necessita di aiuto (aiuto imboccato)
- difficoltà di deglutizione inappetenza
- rischio di bronco aspirazione (soffocamento con cibo)
- idratazione parenterale (infusione sottocute)
- dieta:.....
- altro, specificare.....

3. Eliminazione:

- | <u>Intestinale</u> | <u>Vescicale</u> |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> non alterata | <input type="checkbox"/> non alterata |
| <input type="checkbox"/> diarrea | <input type="checkbox"/> incontinenza urinaria |
| <input type="checkbox"/> stipsi | <input type="checkbox"/> bruciore alla minzione |
| <input type="checkbox"/> incontinenza fecale | <input type="checkbox"/> catetere vescicale |

- Utilizzo di protezioni → giorno Utilizzo di protezioni → giorno
 notte notte

Cambio della protezione (come viene cambiata la protezione):

- autonomo semi-dipendente dipendente

Utilizzo del WC (come usa il wc, la comoda, la padella o il pappagallo):

- autonomo semi-dipendente dipendente

altro, specificare.....

4. Mobilizzazione:

- non alterato (autonomo) supervisione aiuto di persone
 caduto negli ultimi 3 mesi rischio di caduta rischio di fuga
 riesce a salire le scale
 utilizzo di ausiliari, quali.....

Mobilità nel letto (cambiamenti di posizione, girarsi, sollevarsi tutto il corpo dentro nel letto):

- non alterato (autonomo) supervisione aiuto di persone

Transfert (come si muove tra due punti diversi es. dal/al letto, su/giù dalla sedia, dentro/fuori dalla sedia a rotelle, su/giù dalla posizione eretta):

- non alterato (autonomo) supervisione aiuto di persone

frequenta studi di fisioterapia e/o ergoterapia

altro, specificare.....

5. Sonno/Riposo:

- non alterato (dalle.....alle.....) riposo dopo pranzo
 insonnia risvegli frequenti difficoltà ad addormentarsi

altro, specificare.....

6. Cute/Tegumenti:

- non alterato ferite cutanee, dove.....
 secchezza cutanea decubiti, dove.....
 medicazioni, dove....., medicato con.....
-

7. Vestirsi/svestirsi:

- autonomo solo preparazione vestiti aiuto completo
 aiuto parziale, per cosa.....
 altro, specificare.....
-

8. Igiene personale:

- autonomo aiuto solo per doccia/bagno aiuto completo
 aiuto parziale, per cosa.....
 altro, specificare.....
-

9. Ambiente sicuro:

- in grado di chiedere aiuto mezzi di contenzione, quali.....
 idee suicidali episodi di aggressività verbale/fisica
 altro, specificare.....
-

10. Comunicazione:

- non alterato lingua madre.....
 nessuna comunicazione incapacità di comprendere/ farsi comprendere
 modalità d'espressione parole
 gesti
 lingua parlata.....
 altro, specificare.....
-

11. Apprendere/ricrearsi:

- hobby, specificare..... svolge attività in autonomia
 partecipa ad attività ricreative, quali.....
 altro, specificare.....
-

12. Seguire la propria fede:

- religione..... disposizioni particolari, specificare.....
- desidera supporto spirituale desidera partecipare alle funzioni religiose
- altro, specificare.....

13. Stato di coscienza:

- orientato disorientato
 - persona (non riconosce i famigliari)
 - spazio (non riconosce il proprio ambiente)
 - tempo (non sa il giorno e/o la data)
 - luogo (non sa dove si trova)
- memoria conservata memoria alterata
 - recente
 - passata
- luogo (paese) dove è cresciuto in età adolescenziale:

Stato cognitivo:

- confusione mentale agitazione psichica agitazione motoria
- ansia isolamento apatia
- tristezza delirio allucinazioni
- altro, specificare.....

14. Organi di senso:

Vista:

- non alterata
- alterata
- utilizzo di occhiali, per cosa.....
- cecità
- altro, specificare.....

Olfatto:

- non alterato
- alterato

Tatto:

- non alterato
- alterato

Udito:

- non alterato
- alterato
- utilizzo di apparecchi, specificare.....

Gusto:

- non alterato
- alterato

15. Utilizzo mezzi di informazione:

- lettura giornali ascolto della radio televisione computer
- cellulare
- altro, specificare.....

16. Altre osservazioni:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Luogo: _____ Data: _____

Firma del richiedente: _____

Firma di chi ha compilato il formulario: _____

Aranda

Viale C. Olgiati 38 A - cp 671 - 6512 Giubiasco - tel. 091 850 44 00 fax 091 850 44 44

Versione 2021

SITUAZIONE FINANZIARIA

Cognome: _____ Nome: _____

- AVS/AI
- Cassa pensione 12 mensilità 13 mensilità
- Prestazione complementare (PC)
- Assegno grande invalido (AGI) grado medio grado elevato
- Altre rendite (SUVA/assicurazione militare/pensione estere...)
- Pensione militare

L'Amministrazione della Casa per anziani richiede, per effettuare il calcolo della retta differenziata, la seguente documentazione:

- la più recente notifica di tassazione
- tutte le notifiche precedenti fino alla notifica 2003 (eventualmente consegnare notifiche d'imposta precedenti se disponibili)
- i più **recenti** cedolini postali o estratti conti bancari riguardanti i proventi dell'anno in corso (AVS, pensione, AGI ed eventuali altre entrate)
- l'estratto per la dichiarazione d'imposta riguardante il premio mensile dell'anno di riferimento (due anni prima rispetto all'anno corrente)
- **solo per i pensionati FFS/SBB:** notifica di pagamento della pensione per almeno un mese dell'anno in corso

L'ospite o il suo rappresentante legale devono firmare la dichiarazione allegata concernente:

- donazioni di sostanza effettuate dopo il 31 agosto 1981
- l'esistenza di sostanze o redditi non figuranti nell'ultima notifica di tassazione
- la concessione di una procura all'amministrazione dell'istituto che la autorizzi a richiedere agli organi dell'AVS e dell'AI ogni informazione necessaria per il calcolo della retta (in particolare quella a sapere se l'Ospite è al beneficio dell'AGI) e che la autorizzi a presentare richiesta (qualora ritenesse adempite le relative condizioni) per l'ottenimento dell'AGI

Qualora la documentazione non fosse sufficiente per determinare la situazione finanziaria dell'Ospite (in particolare nel caso di donazioni o partecipazioni a eredità), l'istituto richiederà ulteriore documentazione (estratti del registro fondiario, sommarioni, certificati ereditari...) atta a determinare esattamente la situazione finanziaria.

→ Gli anziani che **al momento dell'ammissione percepiscono la Prestazione complementare** sono dispensati dal presentare la documentazione sopraelencata e devono presentare unicamente la relativa decisione.

Luogo e data: _____ Firma: _____

DICHIARAZIONE CONCERNENTE LA SITUAZIONE FINANZIARIA

Cognome: _____ Nome: _____

Questo formulario deve essere compilato e firmato dall'ospite o dal suo rappresentante legale al momento dell'ammissione in una casa per anziani sussidiata.

DONAZIONE DI SOSTANZA

Dopo il 31 agosto 1981, ha effettuato donazioni di sostanza oppure ha rinunciato a partecipazioni ereditarie alle quali avrebbe avuto diritto?

sì

no

Nel caso di risposta affermativa allegare la relativa documentazione

EVENTUALI REDDITI O SOSTANZA NON FIGURANTI SULLA NOTIFICA DI TASSAZIONE

Al momento attuale consegue redditi oppure è proprietario di sostanza NON figuranti sulla sua recente notifica di tassazione?

sì

no

→ Nel caso di risposta affermativa allegare la relativa documentazione

NOTIFICA DI EVENTUALI CAMBIAMENTI DELLA SITUAZIONE FINANZIARIA

Il sottoscritto si impegna ad annunciare all'amministrazione dell'istituto ogni mutamento della situazione finanziaria che potrebbe avere ripercussioni sul calcolo della retta (4.4 delle Direttive)

CONCESSIONE PROCURA PER I RAPPORTI CON GLI ORGANI DELL'AVS E DELL'AI

Il sottoscritto concede la procura all'amministrazione della Casa per anziani e l'autorizza a chiedere, agli organi dell'AVS-AI-AGI, ogni informazione necessaria per il calcolo della retta. Si concede pure la procura a presentare richiesta, qualora adempiute le relative condizioni, a presentare richiesta per l'ottenimento dell'Assegno Grandi Invalidi.

Luogo e data:

Firma:

Dichiarazione

La Signora / il Signor.....

ev. rappresentato legalmente da

dichiara che a partire dal 1. settembre 1981 fino alla data odierna

NON ha fatto donazioni o anticipi ereditari di sostanza immobiliare e/o mobiliare

ha fatto le donazioni e/o gli anticipi ereditari che vengono indicati qui sotto
(allegare p.f. copia rogiti, estratti registro fondiario al momento della donazione
ed ev. notifica di tassazione dell'Ufficio imposte di successione e donazione)

Sostanza immobiliare devoluta per donazione e/o come anticipo ereditario

<i>numero mappale</i>	<i>Comune</i>	<i>data di devoluzione</i>	<i>valore di stima alla data di devoluzione</i>	<i>oneri/debiti ceduti con la sostanza</i>

Sostanza mobiliare devoluta per donazione e/o come anticipo ereditario

<i>descrizione dei beni devoluti (contanti, azioni, gioielli, ecc.)</i>	<i>data di devoluzione</i>	<i>valore complessivo dei beni devoluti</i>	<i>valore di eventuali oneri/debiti ceduti</i>

Con la firma della presente confermo la veridicità e completezza dei dati dichiarati sopra ed autorizzo l'Ufficio anziani e cure a domicilio a richiedere eventuali ulteriori informazioni all'Ufficio delle imposte di successione e donazione, Lugano

Data:.....

Firma:
(dell'ospite o del suo rappresentante legale)



Aranda

Fondazione Casa Anziani Giubiasco

CERTIFICATO MEDICO D'ENTRATA

COGNOME _____ DATA DI NASCITA _____

NOME _____ DOMICILIO _____

Diagnosi principale:

Diagnosi collaterali:

Motivo richiesta entrata in Casa per anziani:

Terapia:

Eventuali osservazioni:

Data: _____ Firma e timbro del Medico curante: _____

Il formulario deve essere spedito al seguente indirizzo: **Fondazione Casa per anziani Giubiasco
Direzione Medica
Viale Olgiati 38a - 6512 Giubiasco**

Aranda

Fondazione Casa Anziani Giubiasco

RICHIESTA MATERIALE PER CALCOLO AFFITTI 2023

- **Notifica tassazione 2021** (4 fogli)
 1. **tassazione cantonale** (1 foglio calcolo dell'imponibile e 1 foglio decisione di tassazione)
 2. **tassazione federale** (1 foglio calcolo dell'imponibile e 1 foglio decisione di tassazione)

- **Notifica imposte 2020, 2019, 2018, 2017, 2016, 2015, 2014, 2013, 2012, 2011, 2010, 2009, 2008, 2007, 2006, 2005, 2004 e 2003** (consegnare le notifiche d'imposta precedenti solo se disponibili)

- Documento postale o bancario, **situazione 2023**, riguardanti i proventi (**AVS**, pensioni ed eventuali altre entrate).

- In caso di donazione o rinuncia ereditaria, **tutta la documentazione necessaria a determinare il valore della sostanza donata**, nell'anno in cui è stata donata. Esempio di documenti:
 - **Sommarioni**
 - Estratti registro fondiario
 - Atto notarile
 - Certificati ereditari

Aranda

Fondazione Casa Anziani Giubiasco

RICHIESTA MATERIALE PER I BENEFICIARI DELLA PRESTAZIONE COMPLEMENTARE

1. **tabella di calcolo della prestazione complementare, al 1° gennaio 2023**
2. documento postale o bancario riguardante la rendita AVS **nel 2023** nel quale si vedano **i versamenti differenziati (AVS, PC, AGI)**.