

Spett.le
Azienda Pubblica di Servizi alla Persona
Ubaldo Campagnola
Via Campagnola, 5
38063 – Avio (TN)

Luogo _____ Data _____

Oggetto: Domanda di Accoglimento presso il Centro Diurno dell'A.P.S.P. *Ubaldo Campagnola*
del/la Signor/a _____

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il
_____ residente a _____ in via
_____ n _____ C.A.P. _____ Codice Fiscale
_____ n° tel. _____

in qualità di:

- Richiedente
 Figlio/Figlia del/della Sig./Sig.ra _____
 Familiare del/della Sig./Sig.ra _____
 Altro (specificare) _____ del/della Sig./Sig.ra _____

CHIEDE

l'accoglimento su posto autorizzato e non convenzionato al Centro Diurno per Anziani gestito
dall'A.P.S.P. Ubaldo Campagnola del/della Sig./Sig.ra _____ nato/a a
_____ () il _____ residente a _____
Via _____ - cod. fiscale _____ presso la sede
di:

- Ala, Piazza Giovanni XXIII Avio, Via Campagnola, 5

A tal fine comunica quanto segue:

1. Piano di Accoglienza:

Giorno	Mattino		Pomeriggio		Intera giornata	
	Dalle	Alle	Dalle	Alle	Dalle	Alle
Lunedì	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Martedì	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Mercoledì	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Giovedì	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Venerdì	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Sabato (Solo per il Centro di Avio)	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Domenica (Solo per il Centro di Avio)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
---------------------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

2. Richiesta di presenza anche durante eventuali festività infrasettimanali (solo per il Centro Diurno di Avio) SÌ NO

3. Servizi richiesti:

Giorno	Trasporto solo andata	Trasporto solo ritorno	Trasporto andata e ritorno	Con accompagnamento	Pranzo	Cena (Solo per il Centro di Avio)	Bagno
Lunedì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Martedì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mercoledì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Giovedì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Venerdì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sabato (Solo per il Centro di Avio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Domenica (Solo per il Centro di Avio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Eventuali annotazioni varie:

5. Nominativo completo di indirizzo e recapito telefonico delle persone alle quali si può fare riferimento:

Cognome e Nome	Indirizzo	Recapito telefonico	Indirizzo e-mail (eventuale)	Tipologia di parentela/rapporto con l'utente
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Allo scopo dichiara:

- di aver preso visione dell'informativa al Trattamento dei dati Personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e del Reg. EU 679/2016 pubblicata sul sito internet aziendale (www.apspavio.it);
- di aver preso visione della Carta dei Servizi pubblicata sul sito internet aziendale (www.apspavio.it);
- di aver preso visione del Regolamento del Centro Diurno per Anziani pubblicato sul sito internet aziendale (www.apspavio.it);

- di aver preso visione delle tariffe per l'accesso al servizio di Centro Diurno per Anziani approvate dal Consiglio di Amministrazione dell'A.P.S.P.;
- di accettare le tariffe definite annualmente dal Consiglio di Amministrazione dell'A.P.S.P. Ubaldo Campagnola;
- di impegnarsi al pagamento delle prestazioni/servizi ricevuti, secondo le tariffe annualmente stabilite dal Consiglio di Amministrazione;
- di aver provveduto alla compilazione del modulo attestante il quadro clinico dell'Utente;
- di autorizzare, ai fini dell'accoglimento, l'Azienda Pubblica di Servizi alla Persona al trattamento dei propri dati personali e sanitari ai sensi del D. Leg.vo 196/2003 e del Reg. EU 679/2016;
- di comunicare per iscritto all'Amministrazione di codesta Azienda qualsiasi futura variazione utile nella valutazione della presente richiesta e nella gestione del servizio;
- di impegnarsi ad avvisare della mancata frequenza entro le ore 8.30 del giorno stesso, telefonando al 0464.688024;
- di essere consapevole di quanto segue:
 - o La presente domanda non costituisce diritto all'accoglimento, che è subordinato alla valutazione del servizio competente e alla successiva autorizzazione che potrà avvenire anche in forma verbale;
 - o il mancato pagamento delle prestazioni/servizi ricevuti comporta l'immediata dimissione dal servizio;
 - o in caso di attivazione del servizio di trasporto si dovrà individuare una persona di riferimento responsabile della partenza e del rientro dal/al domicilio dell'Utente;
 - o al momento dell'accoglimento l'utente dovrà fornire eventuali farmaci e presidi necessari alla gestione quotidiana. **Si ricorda a tal proposito che l'A.P.S.P. non provvederà alla gestione ed alla somministrazione dei farmaci;**
 - o l'utente potrà essere dimesso nel caso di mancanza dei presupposti necessari all'inserimento, sia per quanto attiene le condizioni dell'utente sia per quanto attiene al suo ambiente familiare;
 - o l'Azienda non risponde per qualsiasi danno causato a terzi dall'utente nell'ambito della sua autonomia e libertà personale;
 - o l'Azienda non rimborserà lo smarrimento o la rottura di occhiali, protesi dentarie ed acustiche od effetti personali, salvo non sia dimostrabile la responsabilità diretta del personale dell'Ente.

Data _____

Firma _____

QUADRO CLINICO

Da compilare a cura del Medico di Medicina Generale e da allegare alla domanda di inserimento.

Il sottoscritto _____ in qualità di Medico di Medicina Generale
del/della Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____ il _____

con la presente comunica:

- Anamnesi patologica remota:

- Anamnesi patologica attuale:

- Eventuali ausili in uso:

Terapia in atto:

FARMACO	ORE 8	ORE 12	ORE 16	ORE 20
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Presenza di Contenzione SÌ NO

Eventuale descrizione _____

Eventuali allergie da farmaci e altre note (es. indicazioni dietetiche):

Data _____

IL MEDICO CURANTE _____

QUADRO SINTETICO DEI BISOGNI E DELL'AUTONOMIA DELLA PERSONA

Da compilare a cura del Responsabile del Servizio Centro Diurno

BISOGNO	GRADO	GRADO	GRADO	NOTE
Stato di coscienza	Orientato <input type="checkbox"/>	Parzialmente orientato <input type="checkbox"/>	Disorientato <input type="checkbox"/>	_____
Mobilità	Cammina da solo <input type="checkbox"/>	Va Accompagnato <input type="checkbox"/>	In carrozzina <input type="checkbox"/>	_____
Alimentazione	Mangia da solo <input type="checkbox"/>	Necessità di stimolo e supervisione <input type="checkbox"/>	Deve essere imboccato <input type="checkbox"/>	_____
Continenza	Continente <input type="checkbox"/>	Incontinente, va accompagnato in bagno <input type="checkbox"/>	Incontinente <input type="checkbox"/>	_____
Uso del Bagno	Autonomo <input type="checkbox"/>	Con stimolo e supervisione <input type="checkbox"/>	Accompagnato <input type="checkbox"/>	_____
Idratazione	Autonomo <input type="checkbox"/>	Con stimolo e supervisione <input type="checkbox"/>	Deve essere aiutato <input type="checkbox"/>	_____
Riposo pomeridiano	Quotidiano <input type="checkbox"/>	A richiesta / Occasionalmente <input type="checkbox"/>	Mai <input type="checkbox"/>	_____
Relazione e socialità	Apprezza la vita di comunità <input type="checkbox"/>	Preferisce luoghi appartati <input type="checkbox"/>	Non comunica <input type="checkbox"/>	_____
Interessi	_____			

Data _____

IL COORDINATORE
DEL SERVIZIO CENTRO DIURNO

Spett.le
Azienda Pubblica di Servizi alla Persona
Ubaldo Campagnola
Via Campagnola, 5
38063 – Avio (TN)

Luogo _____ Data _____

Oggetto: Centro Diurno dell’A.P.S.P. *Ubaldo Campagnola* - cessazione dal servizio, variazione sede, variazione piano di accoglienza e/o variazione dei servizi riferiti all’Utente Signor/a _____

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ in via _____ n _____ C.A.P. _____ Codice
Fiscale _____ n° tel. _____

in qualità di:

- Richiedente
 Figlio/Figlia del/della Sig./Sig.ra _____
 Familiare del/della Sig./Sig.ra _____
 Altro (specificare) _____ del/della Sig./Sig.ra _____

CHIEDE

La cessazione dal servizio di Centro Diurno erogato nei confronti del/della Sig./Sig.ra _____.

Oppure

La variazione riferita al servizio di Centro Diurno erogato nei confronti del/della Sig./Sig.ra _____:

Variazione di sede da Ala ad Avio e/o viceversa;

Variazione del piano di Accoglienza:

Giorno	Mattino		Pomeriggio		Intera giornata	
	Dalle	Alle	Dalle	Alle	Dalle	Alle
Lunedì	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Martedì	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Mercoledì	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Giovedì	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Venerdì	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Sabato (Solo per il Centro di Avio)	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Domenica (Solo per il Centro di Avio)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
---------------------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Variazione dei servizi richiesti:

Giorno	Trasporto solo andata	Trasporto solo ritorno	Trasporto andata e ritorno	Con accompagnamento	Pranzo	Cena (Solo per il Centro di Avio)	Bagno
Lunedì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Martedì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mercoledì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Giovedì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Venerdì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sabato (Solo per il Centro di Avio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Domenica (Solo per il Centro di Avio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eventuali annotazioni varie:

Data _____

Firma _____