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 Servizi 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, Familiare, altro (specificare) **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** del/della Sig./Sig.ra **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** nato/a a **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** il **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** residente a **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** in via **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** n C.A.P. Codice Fiscale **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** n° tel. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CHIEDE**

l’accoglimento su posto autorizzato e non convenzionato al Centro Servizi gestito dall’A.P.S.P. Ubaldo Campagnola del/della Sig./Sig.ra **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** presso la sede di Ala Piazza Giovanni XXIII.

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 |  |  |  |  |  |  |

1. Servizi richiesti:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Giorno** | **Trasporto solo andata** | **Trasporto solo ritorno** | **Trasporto andata e ritorno** | **Pranzo** | **Bagno** | **Ginnastica di gruppo** | **Attività individuale di ginnastica** | **Servizio di manicure e/o pedicure** | **Servizio di parrucchiera** |
| Lunedì |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Martedì |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Mercoledì |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Giovedì |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Venerdì |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| A richiesta |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Eventuali annotazioni varie:

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. 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 pubblicata sul sito internet aziendale ([www.apspavio.it](http://www.apspavio.it));
* di aver preso visione della Carta dei Servizi pubblicata sul sito internet aziendale ([www.apspavio.it](http://www.apspavio.it));
* di aver preso visione del Regolamento del Centro Servizi pubblicato sul sito internet aziendale ([www.apspavio.it](http://www.apspavio.it));
* di aver preso visione delle tariffe per l’accesso al servizio di Centro Servizi 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 autorizzare, ai fini dell’accoglimento, l’Azienda Pubblica di Servizi alla Persona al trattamento dei propri dati personali ed eventualmente sanitari ai sensi del D. Leg.vo 196/2003;
* 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 0464.688060;
* di essere consapevole di quanto segue:
  + 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;
  + il mancato pagamento delle prestazioni/servizi ricevuti comporta l’immediata dimissione dal servizio;
  + 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;
  + 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**;
  + 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;
  + l’Azienda non risponde per qualsiasi danno causato a terzi dall’utente nell’ambito della sua autonomia e libertà personale;
  + 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 SINTETICO DEI BISOGNI E DELL’AUTONOMIA DELLA PERSONA

*Da compilare a cura del Responsabile del Servizio Centro Servizi*

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

Data

IL RESPONSABILE

DEL CENTRO SERVIZI

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

Spett.le

Azienda Pubblica di Servizi alla Persona

*Ubaldo Campagnola*

Via Campagnola, 5

38063 – Avio (TN)

Luogo Data **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Oggetto: Centro Servizi dell’A.P.S.P. *Ubaldo Campagnola -* cessazione dal servizio, 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 Servizi non convenzionato erogato nei confronti del/della Sig./Sig.ra **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**.

*Oppure*

La variazione riferita al servizio di Centro Servizi erogato nei confronti del/della Sig./Sig.ra **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**:

Variazione del piano di Accoglienza:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Giorno** | **Mattino** | | **Pomeriggio** | | **Intera giornata** | |
| **Dalle** | **Alle** | **Dalle** | **Alle** | **Dalle** | **Alle** |
| Lunedì |  |  |  |  |  |  |
| Martedì |  |  |  |  |  |  |
| Mercoledì |  |  |  |  |  |  |
| Giovedì |  |  |  |  |  |  |
| Venerdì |  |  |  |  |  |  |

Variazione dei servizi richiesti:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Giorno** | **Trasporto solo andata** | **Trasporto solo ritorno** | **Trasporto andata e ritorno** | **Pranzo** | **Bagno** | **Ginnastica di gruppo** | **Attività individuale di ginnastica** | **Servizio di manicure e/o pedicure** | **Servizio di parrucchiera** |
| Lunedì |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Martedì |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Mercoledì |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Giovedì |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Venerdì |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| A richiesta |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Eventuali annotazioni varie:

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Data **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Firma

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