



FONDAZIONE  
OPERA PIA LAVATORI MARIANI

**DOMANDA DI AMMISSIONE**

***Dati anagrafici della persona da ammettere in struttura***

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Sesso:

- M
- F

Nato a: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Il: \_\_\_\_\_ Codice fiscale: \_\_\_\_\_

Residente a: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Via: \_\_\_\_\_ Numero: \_\_\_\_\_

Domicilio (compilare solo se diverso dalla residenza)

Città: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Via: \_\_\_\_\_ Numero: \_\_\_\_\_

***Situazione socio-familiare***

Stato civile:

- Celibe\Nubile
- Coniugato
- Vedovo\a
- Divorziato\a
- Altro: \_\_\_\_\_

Titolo di studio: \_\_\_\_\_

Posizione professionale:

- Ha svolto lavoro dipendente
- Ha svolto lavoro autonomo
- Non ha mai svolto attività lavorativa

Condizione abitativa:

- Vive da solo
- Vive con familiari o conviventi
- Vive con badante
- Altro: \_\_\_\_\_

Situazione precedente alla presentazione della domanda:

- Senza nessuna assistenza



FONDAZIONE  
OPERA PIA LAVATORI MARIANI

- Con assistenza domiciliare integrata
- Con SAD
- Frequentazione di un Centro Diurno
- Ricoverato presso: \_\_\_\_\_

**Situazione economico-pensionistica**

Invalidità:

- Sì \_\_\_\_\_%
- No
- Pratica in corso

Indennità di accompagnamento:

- Sì
- No
- Pratica in corso

Riconoscimento L.104/92:

- Sì
- No
- Pratica in corso

Pensioni recepite (indicare l'importo):

- Nessuna
- Pensione di anzianità \_\_\_\_\_
- Pensione sociale \_\_\_\_\_
- Pensione di reversibilità \_\_\_\_\_
- Invalidità sociale \_\_\_\_\_
- Indennità di accompagnamento \_\_\_\_\_
- Altro \_\_\_\_\_

Coinvolgimento servizi sociali del comune:

- Sì (con riferimento alla sezione dei documenti necessari)
- No

**Tutela legale**

Se l'interessato ha limitazioni della capacità di agire allegare copia del decreto\atto.

- Nessuna tutela
- Amministratore di sostegno
- Tutore o curatore
- Procuratore generale
- Pratica in corso per \_\_\_\_\_
- Altro \_\_\_\_\_



FONDAZIONE  
OPERA PIA LAVATORI MARIANI

***Assistenza religiosa cristiana***

La Fondazione Opera Pia Lavatori Mariani offre ai propri ospiti l'assistenza cristiana, nel rispetto della volontà e della libertà di coscienza di ciascun ospite.

Per questa ragione, si invita l'ospite ad esprimere la propria scelta.

L'ospite chiede di:

- RICEVERE
- NON RICEVERE

l'assistenza religiosa cristiana e l'amministrazione dei sacramenti della comunione, confessione e unzione dei malati durante il proprio soggiorno in struttura



FONDAZIONE  
OPERA PIA LAVATORI MARIANI

***Dati anagrafici della persona che richiede l'ammissione in struttura (nel caso che sia diversa dalla persona da ammettere)***

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

In qualità di (rapporto di parentela o se amministratore di sostegno\curatore\tutore):  
\_\_\_\_\_

Nato a: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Il: \_\_\_\_\_ Codice fiscale: \_\_\_\_\_

Residente a: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Via: \_\_\_\_\_ Numero: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Domicilio (compilare solo se diverso dalla residenza)

Città: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Via: \_\_\_\_\_ Numero: \_\_\_\_\_

Obbligato in solido:

- Sì
- No



FONDAZIONE  
OPERA PIA LAVATORI MARIANI

**Ulteriori persone di riferimento**

1. Nome e cognome: \_\_\_\_\_  
Indirizzo: \_\_\_\_\_  
Telefono: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_  
Rapporto di parentela o ruolo: \_\_\_\_\_  
Obbligato in solido:
  - Sì
  - No
  
2. Nome e cognome: \_\_\_\_\_  
Indirizzo: \_\_\_\_\_  
Telefono: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_  
Rapporto di parentela o ruolo: \_\_\_\_\_  
Obbligato in solido:
  - Sì
  - No
  
3. Nome e cognome: \_\_\_\_\_  
Indirizzo: \_\_\_\_\_  
Telefono: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_  
Rapporto di parentela o ruolo: \_\_\_\_\_  
Obbligato in solido:
  - Sì
  - No
  
4. Nome e cognome: \_\_\_\_\_  
Indirizzo: \_\_\_\_\_  
Telefono: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_  
Rapporto di parentela o ruolo: \_\_\_\_\_  
Obbligato in solido:
  - Sì
  - No



FONDAZIONE  
OPERA PIA LAVORATORI MARIANI

***Documentazione obbligatoria da allegare al momento della presentazione della domanda:***

- Certificato medico completo su nostro modulo, più eventuali copie di cartelle cliniche;
- Fotocopia del verbale di invalidità civile;
- Eventuale autorizzazione per fornitura pannoloni e ausili vari;
- Tessera sanitaria e copia dell'eventuale esenzione ticket;
- Documentazione che attesti che il soggetto interessato è titolare di pensione;
- Copia del documento di identità dell'ospite e del firmatario della domanda;
- Consenso all'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 Reg. UE 2016/679.
- Relazione operatore Servizi Sociali del territorio qualora questi si siano già interessati al caso

***Documentazione obbligatoria da allegare al momento del perfezionamento del contratto di ingresso:***

- Eventuali relazioni provenienti da servizi attivi precedentemente al ricovero;
- Certificato medico attestante l'assenza di malattie infettive pregiudizievoli per la vita in comunità;
- Fotocopia di analisi di laboratorio (ricerche cliniche) recenti con specifica per HIV, HBV, HCV.
- Copia di elettrocardiogramma e visita cardiologica recente (opzionale);

Il sottoscritto e gli altri responsabili in solido dichiarano di impegnarsi ad osservare tutti gli obblighi imposti verso l'Opera Pia Lavoratori Mariani. In particolare, si impegna al puntuale pagamento della retta mensile (nell'importo indicato in tabella nel presente documento), nonché al pagamento delle eventuali spese aggiuntive.

La garanzia si intende prestata per tutta la durata del rapporto intercorrente tra l'ospite e l'Opera Pia Lavoratori Mariani.

Il sottoscritto e gli altri responsabili in solido dichiarano inoltre:

- a) di avere preso visione della carta dei servizi e del regolamento di ospitalità della struttura, e di accettarne eventuali variazioni approvate dal Consiglio di Amministrazione.
- b) di aver appreso che l'accoglimento è condizionato al rilascio di idonee garanzie personali e/o reali da parte dell'ospite al fine di garantire il puntuale e totale adempimento di tutti gli obblighi contrattuali verso l'Opera Pia Lavoratori Mariani derivanti dal rapporto di ospitalità assistenza.
- c) di essere a conoscenza che l'attività medica presso la struttura è prestata da medici di Medicina Generale, senza vincoli di subordinazione all'Ente.
- d) di essere consapevoli che la presente domanda ha validità di due anni. Decorso tale termine dovrà quindi essere presentato rinnovo della domanda, allegando la documentazione medica aggiornata. Qualora, decorso tale termine, non dovesse essere pervenuto il rinnovo, la domanda verrà automaticamente eliminata dalla corrispondente lista di attesa.



FONDAZIONE  
OPERA PIA LAVATORI MARIANI

- e) di essere consapevole che il caregiver familiare principale selezionato in procedura di ingresso e firma del contratto dovrà presenziare alla valutazione per il PAI (piano di assistenza individualizzato). In caso di assenza potrà prendere visione e sottoscrivere successivamente accettando le scelte operative.
- f) di autorizzare l'esercizio di tutti i servizi erogati alla persona.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma dell'interessato: \_\_\_\_\_

Firma del richiedente: \_\_\_\_\_

Firma dell'amministratore\tutore\curatore: \_\_\_\_\_



FONDAZIONE  
OPERA PIA LAVATORI MARIANI

**Rette mensili e giornaliere:**

FONDAZIONE OPERA PIA LAVATORI MARIANI	Camera doppia senza servizi		Camera doppia con servizi		Camera singola senza servizi		Camera singola con servizi	
	mensile	giornaliero	mensile	giornaliero	mensile	giornaliero	mensile	giornaliero
<b>Autosufficienti</b>	1.100,00	36,16	1.150,00	37,81	1.150,00	37,81	1.200,00	39,45
<b>Semi autosufficienti</b>	1.330,00	43,73	1.380,00	45,37	1.380,00	45,37	1.430,00	47,02
<b>Non autosufficienti</b>	1.580,00	51,95	1.630,00	53,59	1.630,00	53,59	1.680,00	55,23
<b>Non autosufficienti (Residenza Protetta)</b>	0	0	1.240,00	40,72	0	0	0	0

Documento realizzato con il supporto tecnico di Tech4Care S.R.L.

