



Atilio Gamboc
Dom za starije i nemoćne osobe

DOCUMENTI NECESSARI PER L'ACCOGLIENZA NELLA CASA DI RIPOSO PER ANZIANI

1. Certificato di nascita
2. Certificato di Cittadinanza
3. Prova della residenza permanente nella Repubblica di Croazia (certificato di residenza rilasciato dal MUP)
4. Copia :
 - Carta d'identità
 - Tessera Sanitaria
 - L'ultimo ritaglio della pensione
5. I dati personali (il nostro modulo)
6. La richiesta di ammissione all'istituzione (il nostro modulo)
7. Il certificato medico con i dati sulla situazione della salute e la conferma che la persona non soffre di malattie mentali e trasmissibili gravi, e che non viene trattata per l'alcolismo (il nostro modulo)
8. La decisione sull'affidamento delle persone poste sotto tutela.

COSE PERSONALI CHE L'UTENTE DOVREBBE PORTARE:

- La Tessera sanitaria e una copia dei documenti medici importanti (lettere di rilascio e altri documenti importanti)
- Gli accessori per l'igiene personale (pettine, sapone, shampoo, spazzolino da denti, dentifricio, kit da barba, ecc)
- Medicinali e forniture mediche che utilizza (pannolini, cateteri, ecc ..)
- Salviettine
- Pigiama o camicia da notte (5 pezzi)
- Biancheria intima (10 pezzi)
- Canottiere senza maniche (5 pezzi)
- Canottiere con maniche (5 pezzi)
- Calzini (5 paia)
- Pantofole (2 paia)
- Scarpe o sandali
- Accappatoio
- Guardaroba personale (pantaloni, gonne, camicie, magliette, tute sportive ...).



Atilio Gamboc
Dom za starije i nemoćne osobe

Nome e cognome del richiedente

Indirizzo, telefono

RICHIESTA

per rimanere nella Casa di riposo per anziani a Umago

I Informazioni dell'Utente

Nome e cognome: _____, nato il _____
a _____, residente a _____.

II Tipo di alloggio che si desidera:

- a) alloggio con programmi sociali (prezzo agevolato)
- b) alloggio a base di pagamento del prezzo economico

III Specie di alloggio che si desidera:

- a) appartamento
- b) camera singola
- c) camera doppia
- d) camera tripla
- e) la mezza giornata (dalle 7:00 alle 16:00 con i pasti e la cura)

IV Per quando si cerca l'alloggio

- a) subito
- b) l'alloggio è necessario per il futuro e in caso di impotenza

V Chi sosterrà i costi dell'alloggio _____.

VI Altre circostanze che influenzano il posizionamento nell'istituzione di assistenza sociale

NOTA: _____

A _____, il _____

Firma: _____

11. I contribuenti nella manutenzione e parenti (che non vivono nella stessa casa):

Nome e Cognome	Parentela	Indirizzo	Telefono

12. Situazione economica dell'utente

a) pensione (tipo, quantità) _____

b) Proprietà immobiliare _____

c) Proprietà mobiliare _____

13. Chi salda la differenza dalla pensione ai costi di alloggio

14. Stato d'alloggio _____

15. Il contratto di supporto si firma per tutta la vita:

a) SI

b) NO

16. Si trova sotto la tutela di:

a) Nessuno

b) SI (nome e indirizzo del tutore: _____)

17. Chi eseguirà il funerale _____

18. Stato di salute:

a) mobile

b) mobile con aiuto

c) immobile

19. Motivo di alloggio _____

20. Breve Biografia



Atilio Gamboc

Dom za starije i nemoćne osobe

**CERTIFICATO MEDICO PER L'AMMISSIONE ALLA
CASA DI RIPOSO "ATILIO GAMBOC" UMAGO**

DATI PERSONALI:

a) nome, nome del padre e cognome:

b) giorno, mese e anno di nascita: _____

c) indirizzo di residenza:

d) città di residenza: _____

1) **DIAGNOSI:** _____

2) **MALATTIE MENTALI**

SI

NO

**2A) DIAGNOSI DI MALATTIE MENTALI (PSICHICHE) E MALATTIE INFETTIVE
DURANTE LA VITA:**

3) OPERAZIONI CHIRURGICHE DURANTE LA VITA:

4) **TERAPIA:** _____

5) ALLERGIE SU MEDICINALI (FARMACI) E ALTRI ALERGENI

- NO
- SI , quali: _____

6. Condizione di salute (deambulazione):	Stato di coscienza	Orientamento spazio-temporale	Bisogno di cure generali
<input type="radio"/> Permanentemente immobile <input type="radio"/> Immobile <input type="radio"/> Deambulazione permanentemente limitata <input type="radio"/> Deambulazione limitata <input type="radio"/> Buona deambulazione	<input type="radio"/> Reagisce subito <input type="radio"/> Apatico/ Confuso <input type="radio"/> Senza reazioni agli stimoli <input type="radio"/> In coma	<input type="radio"/> Completamente orientato <input type="radio"/> Parzialmente orientato <input type="radio"/> Disorientato	<input type="radio"/> Una o più volte al giorno <input type="radio"/> Più volte alla settimana <input type="radio"/> Una volta alla settimana <input type="radio"/> Una volta al mese

9. Incontinenza		10. Nutrizione	11. Assunzione di liquidi
<input type="radio"/> Urinaria <ul style="list-style-type: none"> ➤ Si ➤ No 	<input type="radio"/> Fecale <ul style="list-style-type: none"> ➤ Si ➤ No 	<input type="radio"/> Buona <input type="radio"/> Mediocre <input type="radio"/> Debole <input type="radio"/> Non mangia	<input type="radio"/> Buona <input type="radio"/> Mediocre <input type="radio"/> Debole <input type="radio"/> Non beve

12. Ferite		13. Bisogni speciali: si no
<input type="radio"/> Dekubitus <ul style="list-style-type: none"> ➤ Si ➤ No 	Altre ferite <ul style="list-style-type: none"> ➤ Si ➤ No 	<input type="radio"/> Stoma <input type="radio"/> Cannula <input type="radio"/> Sondino nasogastrico <input type="radio"/> Dialisi peritoneale <input type="radio"/> Aiuto nel sistema respiratorio <input type="radio"/> Aiuto nel sistema genito-urinario <input type="radio"/> Altro

14) AIUTO E CURA:

a) Non necessaria

b) Necessaria a pieno

c) Parzialmente necessaria:

- Lavaggio del corpo intero
- La doccia
- Lavaggio di parti del corpo
- Lavaggio del viso
- Lavaggio dei capelli
- Rasatura
- L'igiene con l'impiego del paziente
- Manicure delle unghie
- Spogliarsi
- Vestirsi
- Igiene orale
- Altro: _____

15) ASSISTENZA MEDICA:

a) Non necessaria

b) Necessaria (in che modo)

16) DIETA:

a) Non necessaria

b) Necessaria (quale)

17) CATEGORIA DELL' ASSICURAZIONE : _____

18) NOME E COGNOME DEL MEDICO SCELTO (NUMERO DI TELEFONO)

Luogo e data: _____

Firma del medico: _____

CERTIFICATO MEDICO

Con il quale si certifica che

nome e cognome della persona, nome del padre

**non soffre di malattie psichiche (mentali) o malattie infettive, e non viene
trattato per alcolismo o altre dipendenze**

Luogo e data: _____

Firma del dottore: _____



Atilio Gamboc
Dom za starije i nemoćne osobe

Sukladno Općoj uredbi o zaštiti osobnih podataka (N.N. 42/2018) primjenjivom od 25.05.2018. godine, i Pravilnika o obradi i zaštiti osobnih podataka usvojen na sjednici Upravnog vijeća dana 14.06.2018. godine, dajem PRIVOLU za korištenje osobnih podataka, prema navedenom

IDENTIFIKACIJSKI OBRAZAC KORISNIKA

IME I PREZIME	
DATUM I GODINA ROĐENJA	
OIB	
ADRESA	
BROJ OSOBNE ISKAZNICE Vrijedi do	
KONTAKT (mob;e-mail)	

PODACI O RAČUNU:

NAZIV BANKE	
IBAN broj tekućeg računa	

Umag, _____.

Korisnik:

Obrazac popunio:



Atilio Gamboc
Dom za starije i nemoćne osobe

Sukladno Općoj uredbi o zaštiti osobnih podataka (N.N. 42/2018) primjenjivom od 25.05.2018. godine, i Pravilnika o obradi i zaštiti osobnih podataka usvojen na sjednici Upravnog vijeća dana 14.06.2018. godine, dajem PRIVOLU za korištenje osobnih podataka, prema navedenom

IDENTIFIKACIJSKI OBRAZAC SUDUŽNIKA/SKRBNIKA

IME I PREZIME	
DATUM I GODINA ROĐENJA	
OIB	
ADRESA	
BROJ OSOBNE ISKAZNICE Vrijedi do	
KONTAKT (mob;e-mail)	

PODACI O RAČUNU:

NAZIV BANKE	
IBAN broj tekućeg računa	

Umag, _____.

Sudužnik/Skrbnik:

Obrazac popunio:



SUGLASNOST

Ja, _____ rođen/a _____ godine,
iz _____ (mjesto prebivališta)

Korisnik/ica sam usluge smještaja u Domu za starije i nemoćne osobe „Atilio Gamboc“ Umag-Umago.

Ovime dajem suglasnost da se snimke ili fotografije nastale tijekom mog boravka u Domu mogu koristiti za širu javnost, objavljivati na oglasnoj ploči Doma, TV reportažama, novinskim člancima odnosno medijima informiranja na internetu, uključujući mrežne stranice Doma, a sve sukladno odredbama Opće uredbe o zaštiti osobnih podataka (EU) 2016/679.

Umag, _____

Korisnik/ica:

(potpis)



Atilio Gamboc

Dom za starije i nemoćne osobe

MODULO PER LA DOCUMENTAZIONE INCOMPLETA

Durante il colloquio informativo riguardo l'alloggio dell'utente nella Casa per anziani e disabili "Atilio Gamboc" Umago del giorno _____, la famiglia ha ricevuto tutte le informazioni necessarie riguardo alla documentazione richiesta, come anche tutti i moduli per accogliere l'utente nella Casa.

La documentazione mancante è la seguente:

Il termine per la consegna dei documenti mancanti è 5 giorni dalla data della domanda di alloggio. Secondo la Legge sugli aiuti sociali, articolo 263., la Casa per anziane e disabili "Atilio Gmaboz" Umago, in caso di documentazione incompleta viene punita con una multa che va da 5.000 a 20.000 kune.

Con questo modulo, il richiedente di alloggio nella Casa per anziane e disabili " Atilio Gmaboz" Umago, dà l'approvazione per compensare le eventuali multe e le spese processuali, in caso la Casa venga addebitata per violazione di documentazione incompleta dall'articolo 263. della Legge sugli aiuti sociali.

La firma del richiedente - acconsente a sostenere le spese

Art. 263

Con la multa da 5000,00 a 20.000,00 kune sarà punita la persona fisica o giuridica per violazione di legge, se non possiede in modo prescritto la documentazione dell'utente, e non ha risolto tutte le domande o non ha il report corretto (articolo 162, paragrafo 1)