



**DOMANDA DI AMMISSIONE A TEMPO DETERMINATO E SEMIRESIDENZIALE NELLA  
RESIDENZA PER ANZIANI**

La domanda di ammissione a tempo indeterminato viene presentata per la seguente persona:

Cognome		Nome	
Cognome aquisito			
Stato civile	<input type="checkbox"/> celibe	<input type="checkbox"/> coniugato	<input type="checkbox"/> vedova/o
Codice fiscale			
Cittadinanza			
Nato/a il		a	
Residente in via			n.
Località			c.a.p.
Tel.	cellulare	Indirizzo e-mail	

Assegno di cura richiesto  no  sí, il \_\_\_\_\_ livello assistenziale \_\_\_\_\_

Titolare di indennità di accompagnamento  no  sí \_\_\_\_\_

Titolare di analoghe agevolazioni estere  no  sí, quali \_\_\_\_\_

**Medico di base:** Cognome e nome : \_\_\_\_\_

**chiede l'ammissione al seguente servizio**

Tipologia di ammissione

Ricovero temporaneo  Ricovero di transito  Proroga

Assistenza durante il fine settimana  Assistenza notturna

Assistenza diurna  mezza giornata  giornaliera  prolungata

Lunedì  Martedì  Mercoledì  Giovedì  Venerdì  Sabato  Domenica

**nella seguente Residenza per gli anziani:**

<input type="checkbox"/> APSP "Santo Spirito" <b>Bressanone</b>	<input type="checkbox"/> Residenza per Anziani di <b>Laion</b>
<input type="checkbox"/> APSP "Santo Spirito" <b>Chiusa</b>	<input type="checkbox"/> Josefsheim <b>Villandro</b>
<input type="checkbox"/> Casa di riposo Mittermesserhaus S. Nicolò Velturno	<input type="checkbox"/> Casa di cura e riposo <b>Funes</b>

**Per il periodo** dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**Il sottoscritto/La sottoscitta dichiara:**

- di accettare le condizioni generali per l'ammissione nella Residenza per anziani;
- di pagare l'intera retta giornaliera o tariffa (tariffa base);
- di essere informato/a della possibilità di presentare domanda di agevolazione tariffaria presso il Distretto sociale o Comune competente ai sensi del decreto del Presidente della Giunta provinciale 11 agosto 2000, n. 30, e successive modifiche, al fine di pagare una tariffa (tariffa base) agevolata in base alla propria situazione economica, secondo quanto previsto dal medesimo decreto;
- di essere informato/a che – se necessario - anche i parenti di 1° grado devono provvedere al pagamento della tariffa (tariffa base) in base alla loro situazione economica, secondo quanto previsto dal D.P.G.P. n. 30/2000;
- di essere informato/a del proprio obbligo di informare le persone obbligate al pagamento ai sensi del D.P.G.P. n. 30/2000 della loro eventuale compartecipazione tariffaria e della possibilità di presentare domanda di agevolazione tariffaria presso il Distretto sociale o Comune competente;
- di aver ricevuto l'informativa sul "trattamento dei dati personali" prevista dalla normativa in materia di protezione dei dati personali di cui al regolamento (UE) 2016/679, di seguito denominato Regolamento generale sulla protezione dei dati;
- di essere informato/a che in caso di necessità, previa informativa motivata all'ospite e alla persona di riferimento, può essere disposto uno spostamento interno di stanza o un trasferimento in un'altra struttura;
- di terminare in ogni caso il soggiorno alla data indicata, anche in caso di sopravvenute mutate condizioni (ad es. malattia) o mutata situazione;
- di essere a conoscenza che sia il giorno di ammissione che quello di dimissione vengono fatturati;
- di essere a conoscenza che al momento dell'ingresso in struttura devono essere presentati anche altri documenti.

Per la prenotazione di un posto letto deve essere versata una caparra e la prenotazione stessa si perfeziona solo a seguito del relativo versamento. La cauzione per la prenotazione è detratta dall'importo della prima fattura. In caso di rinuncia al posto letto, essa verrà rimborsata al più tardi trenta giorni prima del giorno concordato per l'ammissione. Se la rinuncia avviene dopo tale termine, la cauzione verrà rimborsata solo per motivi validi e comprovabili.

fino ad una settimana    **€ 250,00€**                       oltre una settimana    **€ 500,00€**

La cauzione verrà rimborsata sul conto della sig.ra/del sig.: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

La persona di riferimento è l'interlocutore al quale il personale della Residenza per anziani si rivolge per informazioni e comunicazioni.

**1. Persona di riferimento:**     tutore     curatore     Amministratore di sostegno     \_\_\_\_\_

Cognome e nome	
Nato/a il	a
Codice fiscale	grado di parentela
residente in via	n.
località	c.a.p.
tel.	cellulare
indirizzo e-mail	

**Destinatario/a della fattura é:**     persona da accogliere     persona di riferimento     \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DATA**

**FIRMA** oder \* (se pertinente)

coniuge     figlio/figlia (in assenza del coniuge)     parente (in assenza del coniuge e di figli)

\* ai sensi dell'art. 4 del D.P.R. n. 445/2000 si dichiara che per motivi di salute la persona da accogliere non è temporaneamente in grado di firmare la domanda e le dichiarazioni in essa contenute.

_____	_____
<b>DATA</b>	<b>UNTERSCHRIFT</b>

**Impegnativa al pagamento:****Signora/Signor:**

Cognome e nome	
nato/a il	a
Codice fiscale	Grado di parentela
residente in via	n.
località	c.a.p.

si impegna a provvedere al pagamento dei costi di ricovero della signora/del signor \_\_\_\_\_ e dichiara che informerà i familiari obbligati al pagamento ai sensi del D.P.G.P. n. 30/2000 della fruizione del servizio a tempo determinato o semiresidenziale, affinché questi possano eventualmente richiedere un'agevolazione tariffaria presso il Distretto sociale o il Comune competente, secondo quanto previsto dal medesimo decreto.

**La domanda di ammissione a tempo determinato funge nel contempo da contratto ospite-struttura.**

<b>DATA</b>	<b>FIRMA</b>

**Riservato al Direttore/alla Direttrice**

<b>DATA</b>	<b>FIRMA</b>

**ALLEGATI**

- copia di un documento di identità e codice fiscale della persona da accogliere, della sottoscritta/del sottoscritto e della persona che sottoscrive l'impegnativa al pagamento
- copia dell'esito dell'inquadramento in un livello assistenziale o attestazione relativa all'indennità di accompagnamento percepita
- copia della nomina del tutore/curatore/amministratore di sostegno (se nominato)
- attestazione relativa ad analoghe agevolazioni estere percepite
- \_\_\_\_\_

*Il presente modulo è stato redatto nel rispetto del linguaggio di genere, fatta eccezione per alcuni termini giuridici riportati solo al maschile. Si fa presente che nelle Residenze per anziani vige il principio della parità di genere*

# SPORTELLI UNICI PER L'ASSISTENZA E CURA BRESSANONE – CHIUSA



## Dichiarazione

Cognome	Nome
---------	------

Nato/a il	a
-----------	---

Il sottoscritto/La sottoscritta dichiara di aver ricevuto le informazioni sulle disposizioni di cui al regolamento (UE) 2016/679, di seguito denominato Regolamento generale sulla protezione dei dati, e autorizza la Residenza per anziani all'utilizzo dei **dati personali** conferiti e/o successivamente acquisiti per scopi istituzionali e organizzativi e in base alle disposizioni di legge. I dati forniti saranno trattati nel rispetto delle disposizioni indicate nel citato regolamento e potranno essere comunicati esclusivamente ad altri enti pubblici obbligati ad accedervi per ragioni istituzionali.

Dichiara di aver ricevuto le informazioni sulle disposizioni di cui al regolamento (UE) 2016/679:

Si  No

Autorizza la residenza per anziani all'utilizzo dei dati personali e da il consenso alla comunicazione e diffusione dei dati personali per gli scopi previsti da disposizioni di legge.

Si  No

### Trattamento di categorie particolari di dati personali, compresi quelli relativi allo stato di salute, e autorizzazione alla comunicazione di informazioni relative allo stato di salute:

a) Il sottoscritto/La sottoscritta conferisce alla Residenza per anziani, ai sensi del precedente paragrafo concernente le disposizioni di cui al Regolamento generale sulla protezione dei dati, fino a revoca, l'autorizzazione al trattamento di categorie particolari di dati personali, compresi quelli relativi allo stato di salute, per gli scopi previsti da disposizioni di legge.

Si  No

b) Il sottoscritto/La sottoscritta conferisce alla Residenza per anziani, ai sensi del precedente paragrafo concernente le disposizioni di cui al Regolamento generale sulla protezione dei dati, fino a revoca, l'autorizzazione alla comunicazione di informazioni relative al proprio stato di salute alle seguenti persone: ad es. familiari/parenti/conoscenti/conviventi/medico della Residenza per anziani o medico di fiducia (nome e cognome, eventuale numero di telefono):

Si  No

### Informazione circa la presenza dell'ospite nella Residenza per anziani:

Il sottoscritto/La sottoscritta conferisce, fino a revoca, alla Residenza per anziani, l'autorizzazione a comunicare a terzi la propria presenza nella struttura:

Si  No

Sì, eccetto a (indicare nome e cognome):

### Autorizzazione all'esposizione del nome, alla pubblicazione di foto e alla comunicazione della data di nascita:

Il sottoscritto/La sottoscritta conferisce, fino a revoca, alla Residenza per anziani, l'autorizzazione ad esporre il proprio nome alla porta della propria stanza, a pubblicare foto all'interno della Residenza stessa e a rendere nota la propria data di nascita (età):

Nome:  Si  No      Foto:  Si  No      Comunicazione della data di nascita:  Si  No

--

Data

--

Firma \*oppure (se pertinente)

tutore       Curatore       Amministratore di sostegno       \_\_\_\_\_

\* secondo quanto previsto dagli articoli 6 e 9 del Regolamento generale sulla protezione dei dati, firma di chi esercita legalmente la potestà: se la persona da accogliere non è in grado di firmare, il consenso può essere prestato dal tutore, curatore, amministratore di sostegno, da un prossimo congiunto, da un familiare, da un convivente (partner) o, in loro assenza, dal/dalla responsabile della struttura.

--

Data

--

Firma