

Domanda di ammissione

All'amministrazione della
Casa di Riposo e Degenza
Fondazione Robert Prossliner
Truidn 11
39040 Ora
Telefono: 0471 816 700
Fax: 0471 816 719
E-mail: info@prosslinerstiftung.it

La domanda di ammissione viene inoltrata per la seguente persona (richiedente).

Cognome _____ Nome _____

Cognome acquisito _____

Stato civile celibe coniugato vedova/o _____

Codice fiscale _____

Cittadinanza _____ residente nella provincia di Bolzano da _____ anni

nato il _____, a _____

residente in via _____ nr. _____

residenza anagrafica _____ c.a.p./ _____

Tel.: _____, cellulare _____ e-mail _____

Assegno di cura richiesto no si, il _____ livello assistenziale _____

Richiesta di agevolazione tariffaria no si, il _____

chiede l'ammissione nella Residenza per anziani Fondazione Robert Prossliner

Tipo di ammissione: Ricovero permanente Ricovero permanente nucleo demenza
 Ricovero temporaneo Assistenza diurna

Urgenza dell'ammissione: urgente non urgente

Tipo di alloggio: stanza singola stanza doppia
 Linea telefonica

L'assistenza avviene attualmente da parte di:

familiari assistenza domiciliare
 struttura ospedaliera altre strutture

II/ La sottoscritto/a dichiara:

- di essere a conoscenza che prima dell'ammissione verrà stipulato un corrispondente contratto di ospitalità;
- di conoscere ed accettare le condizioni generali per l'ammissione nella Residenza per anziani previste nella Carta dei Servizi nella versione attuale;
- di assicurare il pagamento della retta giornaliera a carico suo calcolata sulla base della propria situazione economica ai sensi del DPGP 11 agosto 2000, n. 30 e di impegnarsi al versamento della stessa;
- di essere informato che in caso di necessità anche i parenti di 1° grado devono partecipare al pagamento della retta giornaliera sulla base della loro situazione economica ai sensi del DPGP 11 agosto 2000, n. 30
- di aver ricevuto l'informativa sul „trattamento dei dati personali“ (D.Lgs.196/2003) e
- di essere informato che in caso di necessità può essere disposto uno spostamento interno.

Parte informativa e persona di riferimento

Richiedenti, che non sono più in grado di decidere e curare i propri interessi, necessitano di un tutore, un curatore o un amministratore di sostegno.

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

tutore curatore
 amministratore di sostegno _____

Cognome e nome _____

Codice fiscale _____ grado di parentela _____

residente in via _____ nr. _____

Località _____ c.a.p. _____

Tel.: _____, cellulare _____

Indirizzo e-mail _____

Medico di base:

Cognome e nome _____

Tel. _____ e-mail _____

Eventuale medico specialista:

Cognome e nome _____

Tel. _____ e-mail _____

Firma del

richiedente _____

tutore curatore amministratore di sostegno _____

Da compilare **solamente** nel caso in cui il richiedente non sia in grado di firmare per motivi di salute

Dichiarazione ai sensi dell'art. 4 D.P.R. n. 445/2000

Cognome: _____ Nome: _____

dichiarare in qualità di

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

che il richiedente per motivi di salute non è temporaneamente in grado di firmare la domanda e le dichiarazioni in essa contenute.

Data: _____ Firma _____

(All'atto della sottoscrizione del contratto di ospitalità la presente richiesta di ammissione e le dichiarazioni in essa contenute deve essere firmata dal richiedente ovvero dall'amministratore di sostegno, curatore o tutore)

Dati bancari e allegati alla domanda

Le fatture emesse mensilmente vanno recapitate a:

soggetto privato

Cognome e nome _____

residente in via _____ nr. _____

località _____ c.a.p. _____

Banca _____ **Filiale** _____

Coordinate bancarie IBAN (Dauerauftrag) _____

Consigliamo di attivare un ordine permanente per il pagamento della fattura della struttura. Un ordine permanente presso un'unica banca consente inoltre l'incasso dell'assegno di cura e l'esecuzione affidabile e non burocratica dei pagamenti

Ingresso nella struttura, impegnativa di pagamento retta e riferimenti normativi:

L'assegnazione del posto avviene a seguito dello scorrimento della lista d'attesa. In caso di ricovero permanente – prima dell'ingresso nella struttura – deve essere sottoscritto il contratto "ospite- struttura". La tariffa dovuta a carico dell'utente e del suo nucleo familiare dipende se la sistemazione è in stanza singola o in stanza doppia e dallo stato di non autosufficienza dell'assistito. Tale tariffa viene adeguata annualmente. Gli importi applicati vengono comunicati a seguito di semplice richiesta presso l'amministrazione della Residenza per anziani. Un foglio informativo Le viene consegnato nel corso del primo incontro o all'atto della presentazione della domanda.

Gli assegni di cura della Provincia (LP 9/2007) vengono corrisposti dal mese successivo all'avvenuto inquadramento dell'assistito. Nel caso in cui non sia ancora stata presentata la relativa domanda, consigliamo di richiedere con urgenza l'inquadramento.

Il sottoscritto conferma, con la propria firma, di aver ricevuto il citato foglio informativo e di essere stato informato in merito alle rette praticate.

Il richiedente si impegna per se stesso e per i famigliari tenuti al pagamento ai sensi del DPGP 30/2000: A pagare per intero la tariffa dovuta ovvero a presentare domanda di agevolazione tariffaria al competente distretto sociale o competente comune ed a sostenere quindi la tariffa calcolata a proprio carico.

Nome e cognome	Data di nascita	Luogo di nascita	Firma
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			

Il dichiarante è stato informato ed è consapevole di quanto disposto dall'art. 76 D.P.R. 28.12.2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

Letto, confermato e sottoscritto

(Data)

(Firma dichiarante)

La firma deve essere apposta davanti alla persona incaricata, in caso contrario dovrà essere allegata copia di un valido documento di identità del dichiarante.

Riservato all'Amministrazione

Ai sensi dell'art. 21 D.P.R. 28.12.2000, n. 445 io sottoscritto _____ confermo che

- il dichiarante ha firmato la richiesta in mia presenza
- l'identità del dichiarante è stata accertata tramite un valido documento di identità

(Data)

(Firma dell'incaricato)

Prima dell'ammissione del richiedente, il Comune competente ne deve essere informato.

Nel caso di ammissioni nella residenza per anziani di persone residenti in Comuni fuori provincia prima dell'ammissione, il Comune competente deve essere **ASSOLUTAMENTE** informato **PRIMA** dell'accoglienza, ancora meglio sarebbe chiedere una garanzia di pagamento.

Nel caso di ammissioni nella residenza per anziani di persone residenti in comuni fuori provincia prima dell'ammissione, deve essere preventivamente contattato anche il Comprensorio sanitario competente.

L'ammissione di persone che non hanno ancora compiuto il 60. anno di età o che non sono in possesso della cittadinanza italiana, deve essere preventivamente concordata con il Servizio sociale competente.

INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

ai sensi dell'art. 13 Regolamento (UE) 2016/679 ed il D.Lgs. 196/2003, come modificato dal D.Lgs. 101/2008

La Casa di Riposo e di Degenza - Fondazione "Robert Prossliner" rispetta la sfera privata dei suoi ospiti. Tutte le informazioni personali sono quindi trattate in modo confidenziale in conformità con le normative sulla protezione dei dati applicabili.

Titolare del trattamento

Per domande sulla protezione dei dati e sui tuoi diritti, La preghiamo di contattare:

Casa di Riposo e di Degenza - Fondazione "Robert Prossliner", Truidn 11, 39040 Ora (BZ), tel. 0471 816700, Fax 0471 816719, e-mail: info@prosslinerstiftung.it

Responsabile per la protezione dei dati personali (DPO)

Dott. Armin Wieser, tel. 351 993 36 65, E-Mail: armin.wieser@protonmail.com

Securexpert GmbH, Via Capelle 22, 39040 Salorno, Bolzano

Base giuridica e finalità del trattamento

Il trattamento dei dati personali avviene sulla base di un contratto (patto di accoglienza) per la fornitura o il trattamento nel settore sanitario o sociale e per l'adempimento degli obblighi di legge e dello statuto. I Suoi dati sono necessari per l'esame della domanda, l'assistenza e il supporto, la fatturazione e l'adempimento agli obblighi legali. Senza questi dati, non potremo accoglierla nella nostra casa di cura.

Categorie di destinatari

Se necessario, trasmettiamo i Suoi dati (rilevanti) a organismi pubblici competenti, autorità, tribunali ed enti (comuni, fondi di sicurezza sociale), ospedali e organizzazioni di soccorso, medici e terapisti, operatori di lavanderia, Banche, ed altri responsabili esterni che sono stati nominati dalla Casa di cura.

Trasferimento a paesi terzi o a un'organizzazioni internazionali

I Suoi dati non saranno trasmessi a paesi terzi o organizzazioni internazionali.

Criteri per la determinazione del periodo di conservazione

La durata di conservazione dei singoli dati è da determinarsi in base alle norme di legge applicabili.

I Vostri diritti

Ai sensi degli articoli 15 e seguenti del GDPR, Lei ha il diritto di ricevere le informazioni sul trattamento dei Suoi dati, alla correzione, alla cancellazione, alla limitazione del trattamento, all'opposizione e alla portabilità dei dati, a condizione che non vi siano motivi legali che lo impediscono. Può inoltre revocare il consenso ai sensi dell'articolo 6, paragrafo 1, lett. a, GDPR qualsiasi momento senza fornire spiegazioni.

La revoca produrrà effetto per il futuro.

Può inoltre presentare reclamo all'autorità Garante per la protezione dei dati personali (www.garanteprivacy.it)

Per l'esercizio dei diritti sarà necessario che il Titolare elabora dati personali.

Diritto di opposizione ai sensi dell'articolo 21 del GDPR

La persona interessata ha il diritto, in qualsiasi momento, per motivi derivanti dalla sua particolare situazione, di opporsi al trattamento di dati personali che la riguarda, in base all'articolo 6, paragrafo 1, lettera e o f GDPR; ciò vale anche per la profilazione (articolo 21, paragrafo 2, del GDPR). Una richiesta di opposizione non potrà essere accolta, qualora il Titolare abbia un interesse legittimo preminente.

Ich habe die oben abgedruckten Datenschutzinformationen gelesen und verstanden

(Datum)

(Unterschrift Antragsteller)

CONSENSI VOLONTARI

Contrassegnare la casella appropriata!

Consenso all'apposizione di nome e cognome sulla stanza

Accetto che il mio nome e cognome vengano visualizzati sulla porta della stanza o accanto ad essa.

() SI () NO

_____ (Firma del richiedente)

Consenso per il permesso di poter affiggere una foto alla porta della stanza

Sono concorde sul fatto che una mia foto possa essere affissa sulla porta della stanza.

() SI () NO

_____ (Firma del richiedente)

Consenso alla comunicazione di informazioni a terzi

Dichiaro il mio accordo che le richieste di informazioni da terzi sulla mia presenza in casa di riposo e degenza, se terzi fidati, possono essere assecondate.

() SI () NO

_____ (Firma del richiedente)

Consenso all'utilizzo di foto e video creati in occasione di eventi

Sono d'accordo che, nell'ambito dell'azione/tempo libero/evento ecc. della Casa di Riposo e Degenza Fondazione Robert Prossliner, le foto e/o i video realizzati alla mia persona e messi a disposizione per la pubblicazione

pubblicazione interna () SI () NO

sul sito internet dalla Fondazione () SI () NO

nel giornale del comune e in altri giornali () SI () NO

(possono essere disponibile anche su Internet)

possono essere conservati anche a questo scopo. Le foto e/o i video sono destinati esclusivamente alle pubbliche relazioni della Fondazione Robert Prossliner.

Sono consapevole del fatto che le foto e/o i video possono essere richiamati su Internet da qualsiasi persona. Nonostante tutte le precauzioni tecniche, non si può escludere che queste persone possano utilizzare le foto e/o i video o trasmetterli ad altre persone.

Questa dichiarazione di consenso è volontaria e può essere revocata alla fondazione Robert Prossliner in qualsiasi momento con effetto futuro. Se le immagini sono disponibili su Internet, saranno rimosse nella misura possibile. Do il mio consenso, dopo essere stato informato dei rischi, come segue:

() SI () NO

_____ (Firma del richiedente)

Tutte le espressioni, per ragioni di semplificazione, ricorrono in questo modulo al maschile. Nella Residenza per anziani Fondazione Robert Prossliner si fa esplicito riferimento al principio di parità di trattamento tra donne e uomini.

Alla domanda viene allegata la seguente documentazione:

- Certificato medico*
- Certificato medico specialistico per la diagnosi della demenza*
- copia della tessera personale per l'assistenza sanitaria ed eventuale esenzione ticket (libretto Cassa di Malattia)*
- copia di un documento di identità e codice fiscale del richiedente*
- copia di documento di identità e codice fiscale della persona di riferimento*
- copia della nomina del tutore/curatore/amministratore di sostegno (se inerente)*
- certificazione dell'invalidità civile (se certificata)*
- copia dell'esito di inquadramento in un livello assistenziale*
- dichiarare di ricevere mensilmente € _____ come assegno di cura*
- _____
- _____