

Domanda di ammissione a tempo determinato e semiresidenziale

La domanda di ammissione a tempo determinato viene presentata per la seguente persona (richiedente):

Cognome (celibe/nubile) _____ (coniugato) _____ nome: _____

Stato civile: celibe/nubile coniugato vedovo/a _____

Codice fiscale _____ Cittadinanza _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Residenza in Via _____ n. _____

Residenza anagrafica _____ C.A.P. _____

Tel _____ Cellulare _____ e-mail _____

Assegno di cura richiesto: no sì, il _____ Livello assistenziale _____

Titolare di indennità di accompagnamento: no sì

Titolare di analoghe agevolazioni esterne: no sì, quali _____

Richiesta di agevolazione tariffaria: no sì, il _____

Medico di base:

Cognome e nome _____

chiede

l'ammissione al seguente servizio

Tipologia di ammissione

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ricovero temporaneo | <input type="checkbox"/> Ricovero transitorio | <input type="checkbox"/> Centro diurno |
| <input type="checkbox"/> Assistenza durante il fine settimana | <input type="checkbox"/> Assistenza notturna | <input type="checkbox"/> Proroga |

Per il periodo dal _____ al _____

Il sottoscritto/La sottoscritta dichiara:

- di conoscere ed accettare le condizioni generali per l'ammissione nella Residenza per anziani previste nella Carta dei Servizi o nel prospetto informativo nella versione attuale;
- 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;

Domanda di ammissione a tempo determinato e semiresidenziale

- 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 cauzione 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.

IBAN: _____

fino ad una settimana € _____ oltre una settimana € _____.

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

Nome e cognome: _____

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 è: persona da accogliere persona di riferimento _____

Data _____ Firma _____



Domanda di ammissione a tempo determinato e semiresidenziale

<input type="checkbox"/> tutore	<input type="checkbox"/> curatore	<input type="checkbox"/> amministratore di sostegno	<input type="checkbox"/>
o (se pertinente)			
<input type="checkbox"/> coniuge	<input type="checkbox"/> figlio/figlia (in assenza del coniuge)	<input type="checkbox"/> 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.			
Data _____		Firma _____	

Impegnativa al pagamento:

Cognome e nome _____

nato/a il _____ a _____

codice fiscale _____, grado di parentela _____

residente in via _____ n. _____

Luogo _____ 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.

Data _____

Firma

Firma Direttore

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 nella Residenza per anziani Bürgerheim St. Nikolaus von der Flüe vige il principio della parità di genere.

Domanda di ammissione a tempo determinato e semiresidenziale

Allegati

- | | | | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|----|--------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> | Copia di un valido documento di identità del richiedente | <input type="checkbox"/> | si | <input type="checkbox"/> | no |
| <input type="checkbox"/> | Copia di un valido documento del codice fiscale del richiedente | <input type="checkbox"/> | si | <input type="checkbox"/> | no |
| <input type="checkbox"/> | Copia di un valido documento di identità delle persone tenute al pagamento della retta | <input type="checkbox"/> | si | <input type="checkbox"/> | no |
| <input type="checkbox"/> | Copia di un valido documento del codice fiscale delle persone tenute al pagamento della retta | <input type="checkbox"/> | si | <input type="checkbox"/> | no |
| <input type="checkbox"/> | copia della nomina del tutore/curatore/amministratore di sostegno (se nominato) | <input type="checkbox"/> | si | <input type="checkbox"/> | no |
| <input type="checkbox"/> | Referto del collegio medico (invalidità civile) | <input type="checkbox"/> | si | <input type="checkbox"/> | no |
| <input type="checkbox"/> | Copia dell'esito dell'inquadramento in un livello assistenziale o attestazione relativa all'indennità di accompagnamento percepita | <input type="checkbox"/> | si | <input type="checkbox"/> | no |
| <input type="checkbox"/> | Attestazione relativa ad analoghe agevolazioni estere percepite | <input type="checkbox"/> | si | <input type="checkbox"/> | no |
| <input type="checkbox"/> | Tessera per l'assistenza sanitaria integrativa | <input type="checkbox"/> | si | <input type="checkbox"/> | no |
| <input type="checkbox"/> | Copia della tessera sanitaria | <input type="checkbox"/> | si | <input type="checkbox"/> | no |
| <input type="checkbox"/> | Conferma dell'avvenuto pagamento della cauzione | <input type="checkbox"/> | si | <input type="checkbox"/> | no |
| <input type="checkbox"/> | Dati statistici | <input type="checkbox"/> | si | <input type="checkbox"/> | no |
| <input type="checkbox"/> | Questionario medico | <input type="checkbox"/> | si | <input type="checkbox"/> | no |
| <input type="checkbox"/> | Diagnosi e piano terapeutico | <input type="checkbox"/> | si | <input type="checkbox"/> | no |
| <input type="checkbox"/> | Biografia | <input type="checkbox"/> | si | <input type="checkbox"/> | no |
| <input type="checkbox"/> | Aromaterapia - Dichiarazione di assenso | <input type="checkbox"/> | si | <input type="checkbox"/> | no |
| <input type="checkbox"/> | _____ | | | | |

Dichiarazione e consenso in base al decreto legislativo n. 196/2003

Cognome e nome _____

nato/a il _____ a _____

Trattamento dei dati personali:

Il sottoscritto/La sottoscritta dichiara di aver ricevuto le informazioni sulle disposizioni di cui al 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. Il sottoscritto/La sottoscritta conferisce il proprio consenso alla comunicazione e diffusione dei dati personali per gli scopi previsti da disposizioni di legge.

Il sottoscritto/La sottoscritta ha ricevuto le informazioni sulle disposizioni di cui al Regolamento generale sulla protezione dei dati:

Sì No

Il sottoscritto/La sottoscritta autorizza la Residenza per anziani all'utilizzo dei dati personali:

Sì No

Domanda di ammissione a tempo determinato e semiresidenziale

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

Sì

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):

Sì

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:

Sì

No

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
 Sì No

Foto
 Sì No

Comunicazione della data di nascita
 Sì 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 _____

INFORMATIVA AI SENSI DEGLI ARTICOLI 13 E 14 DEL REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI

per l'assistenza agli anziani in strutture residenziali.

Rinvio alla tutela dei dati.

La informiamo che il regolamento (UE) 2016/679, di seguito denominato Regolamento generale sulla protezione dei dati, prevede la protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali. I dati personali vengono raccolti e trattati da questa Amministrazione esclusivamente per scopi istituzionali.

Finalità del trattamento dei dati

La raccolta e il trattamento dei dati personali avvengono nell'ambito della normale attività amministrativa e sono finalizzati allo svolgimento dei compiti istituzionali, tecnico-amministrativi o contabili, ovvero per scopi connessi con l'esercizio dei diritti e delle competenze spettanti ai cittadini e agli amministratori.

Trattamento di categorie particolari di dati personali

Il trattamento riguarda anche categorie particolari di dati personali nell'ambito dell'assistenza agli anziani nelle strutture residenziali (dati relativi all'assistenza e cura degli ospiti delle Residenze) ai sensi della seguente normativa: legge provinciale 30 aprile 1991, n. 13, e successive modifiche, ed in particolare articoli 10 e 11/quater, nonché la delibera della Giunta provinciale n. 145 del 7 febbraio 2017, e successive modifiche.

Modalità del trattamento

Il trattamento dei dati avviene mediante strumenti manuali e/o informatici e telematici e comunque con modalità tali da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi.

La **comunicazione dei dati** è obbligatoria ai fini dello svolgimento delle attività istituzionali.

La **mancata comunicazione dei dati** ha come conseguenza che obblighi di legge possano essere disattesi e/o che l'Amministrazione sia impedita ad adempiere richieste presentate dalle persone interessate.

I dati possono essere comunicati:

a tutti i soggetti giuridici (uffici, enti e organi della pubblica amministrazione, aziende ed istituzioni) obbligati alla conoscenza dei dati ai sensi delle vigenti disposizioni, o che possono venire a conoscenza, nonché alle persone titolari del diritto di accesso agli atti.

I dati possono essere portati a conoscenza del titolare, dei responsabili, degli incaricati del trattamento dei dati personali e dell'amministratore di sistema di questa Amministrazione.

Durata del trattamento e periodo di conservazione

I dati saranno trattati per tutto il tempo necessario allo svolgimento del rapporto giuridico in essere tra le parti e saranno conservati per un periodo di 10 anni, salvo diversa e specifica disposizione normativa.

Diritti della persona interessata

Salva diversa disposizione, i diritti della persona interessata ai sensi del Regolamento generale sulla protezione dei dati sono i seguenti:

- ottenere la conferma dell'esistenza dei dati che la riguardano;
- revocare in qualsiasi momento il proprio consenso. La revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca;
- ottenere la comunicazione degli stessi in forma comprensibile;

INFORMATIVA AI SENSI DEGLI ARTICOLI 13 E 14 DEL REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI

per l'assistenza agli anziani in strutture residenziali.

Rinvio alla tutela dei dati.



- richiedere l'indicazione dell'origine dei dati personali, le finalità e modalità del trattamento, la logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
- chiedere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
- richiedere l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
- chiedere la limitazione del trattamento dei dati personali che la riguardano od opporsi, per motivi legittimi, al loro trattamento dei dati;
- proporre reclami a una autorità di controllo.

Informazioni sul titolare del trattamento dei dati

Titolare del trattamento dei dati è la scrivente Amministrazione, nella persona del legale rappresentante *pro tempore*.

Dati di contatto: APSP "Bürgerheim St. Nikolaus von der Flüe", Dott.-K.-Tinzl 19, I-39028 Silandro (BZ)

Tel: +39 0473 748600

Fax: +39 0473 748125

E-mail: info@altersheim-schlanders.it

PEC: altersheim-schlanders@legalmail.it

La persona responsabile per l'elaborazione dei ricorsi presentati ai sensi del Regolamento generale sulla protezione dei dati è: il Direttore Tumler Christof, tel. +39 0473 748600.

Informazioni sul responsabile protezione dati (RPD)

Dati di contatto: SecurExpert Srl nel nome del legale rappresentante Martin Ceolan, Via Cappelle 22, I-39040 Salorno (BZ)

E-mail: info@securexpert.eu

Dati statistici

Assegnazione

- da altra struttura sanitaria dal medico/ospedale dall'assistito stesso
 dalla famiglia/parenti altro _____

Provenienza

- da ambito familiare con assistenza domiciliare
 da ambito familiare senza assistenza domiciliare
 da un'altra residenza per anziani
 da altri parenti altro _____

Motivo del ricovero

- bisogno di assistenza problemi di salute Problemi abitativi
 problemi economici altro _____

Categoria

- Rifugiato politico Profugo Sinti Rom nessuna

Grado di invalidità

- _____ % invalidità con assegno di accompagnamento senza assegno di accompagnamento

Disabilità

- abuso di alcol abuso di droghe abuso di medicinali dipendenza da gioco
 disabilità fisica disabilità mentale disturbi comportamentali
 depressione senza limitazione/disabilità/malattia
 altro _____

Attività lavorativa

- imprenditore, dipendente, libero prof. non autonomo (apprendista, tirocinante)
 studente disoccupato pensionato
 altro _____

Data: _____

Firma: _____

Questionario medico per la domanda di ammissione

Per la domanda di ammissione nell'APSP „Bürgerheim St. Nikolaus von der Flüe“ del/della

sig./sig.ra _____ nato/a il _____

a _____ residente a _____ via _____ n. _____

residenza attuale _____

1. Autosufficienza:

- **deambulazione**

<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no		
<input type="checkbox"/> con ausili	<input type="checkbox"/> con accompagnamento		
<input type="checkbox"/> con sedia a rotelle	<input type="checkbox"/> degente		
- **alimentazione**

<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no		
-----------------------------	-----------------------------	--	--
- **vestirsi - svestirsi**

<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no		
-----------------------------	-----------------------------	--	--
- **igiene personale**

<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no		
-----------------------------	-----------------------------	--	--
- **utilizzo del WC**

<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no		
-----------------------------	-----------------------------	--	--
- **incontinenza**

<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no		
-----------------------------	-----------------------------	--	--
- **udito**

<input type="checkbox"/> buono	<input type="checkbox"/> ridotto	<input type="checkbox"/> apparecchio acustico	
--------------------------------	----------------------------------	---	--
- **vista**

<input type="checkbox"/> buona	<input type="checkbox"/> ridotta	<input type="checkbox"/> molto ridotta	
--------------------------------	----------------------------------	--	--

2. Condizione psicologica:

- **Orientamento:**

temporale:	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> leggermente di disorientato	<input type="checkbox"/> gravemente disorientato
nello spazio:	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> leggermente di disorientato	<input type="checkbox"/> gravemente disorientato

Questionario medico per la domanda di ammissione

- **Memoria in relazione all'età**

normale ridotta gravemente ridotta

- **Attitudine ai contatti sociali**

normale leggermente ridotta gravemente ridotta

- **Consumo di bevande alcoliche**

no occasionalmente spesso

- **Stato d'animo**

equilibrato depressivo irrequieto

apatico nevrosi d'ansia e di persecuzione

- **Riposo notturno**

normale spesso agitato

Vaccinazione pneumococchi: no sì quando: _____

Motivo del ricovero: (compilare in stampatello) _____

Diagnosi attuale: _____

Terapia attuale: descrizione precisa: _____

È necessaria una dieta particolare? sì no

Se sì, quale? _____

Raccomandazioni del medico: _____

- fisioterapia
- logopedia
- Cure da parte del servizio per malattie mentali

Nome del medico di base: _____

Il paziente non dimostra nessuna indicazione della presenza di malattie contagiose: sì no

Data _____

Timbro e firma del medico

Diagnosi – Piano terapeutico

(Name des Arztes (Stempel) / nome del medico (timbro))

(Name des Bewohners/Patienten / nome dell'abitante/paziente)

(geboren am /nato il)

(geboren in / nato a)

Diagnose – Diagnosi:

Empfohlene Therapie - Consiglio terapeutico

Medikament/medicinali	Morgens mattina	Mittags Mezzodi	Abends sera	Nachts notte	Anmerkung Note

(Datum /data)

(Unterschrift des Arztes/Firma del medico)

Ammissione nella casa di riposo - Biografia - FO

Sig. / sig.ra

Informazioni per il compilatore:

Con la biografia perseguiamo lo scopo di organizzare l'assistenza alle persone in modo più personale e completo possibile. Vogliamo conoscere bene i nostri nuovi ospiti e le loro abitudini in modo da individualizzare il più possibile l'assistenza.

Le esperienze di vita influenzano le persone, le loro decisioni e il loro modo di comportarsi.

Conoscere la vita delle persone che ci vengono affidate, ci permette di capire il loro comportamento, la connessione tra passato, presente e futuro. In questo modo possiamo soddisfare le loro esigenze, abitudini, preferenze e hobby.

La biografia è una parte della documentazione e sottostà al segreto professionale.

La preghiamo di leggere e compilare la biografia, inserendo soltanto le informazioni che Lei vuole farci avere.

famiglia:

fratelli e sorelle:

scuole/istruzione:

professione:

abitazione:

esperienze caratterizzanti:

1918-1939 italianizzazione

1939-1945 seconda

guerra mondiale

1945-1960 Dopoguerra

1960 anni delle bombe

soffre di:

si preoccupa per:

ha paura di

Ammissione nella casa di riposo - Biografia - FO

.....
.....

malattie:
e capacità di
convivere con la malattia

interessi / hobby:

musica preferita

letteratura preferita

desideri/opinioni

abitudini/rituali

organizzazione della
giornata

bisogno di contatto
persone importanti

Religione

partecipa alla Santa Messa
desidera assistenza
spirituale
desidera l'estrema unzione

testamento biologico

Aspettative nei confronti
della casa di riposo

.....
.....
.....
.....
.....

Aromaterapia – dichiarazione di assenso - FO

Sig. / sig.ra _____ nato/a il: _____

conferma,

di essere stato informato sull'aromaterapia e

- di accettare l'utilizzo di oli essenziali e prodotto per l'aromaterapia nell'assistenza
- di rifiutare l'utilizzo di oli essenziali e di prodotti per l'aromaterapia

È a conoscenza di un'allergia ai prodotti per l'aromaterapia?

- no
- sì

Fragranza/aroma preferito:

Avversioni contro:

Data: _____

Firma: _____

Firma del referente _____

Cauzione

Somma da corrispondere a titolo di cauzione prima della ammissione/sottoscrizione del patto di accoglienza

Prima della sottoscrizione del patto di accoglienza/ammissione definitiva dell'ospite, deve essere versata alla casa di riposo, tramite bonifico bancario, una cauzione nella misura complessiva di

Euro 1.500,00 (Millecinquecento/00 Euro)

sul seguente conto corrente bancario.

NOME DELLA BANCA	IBAN (coordinati bancari della casa di riposo)
Cassa Rurale Silandro – Sede Via Principale 33 39028 SILANDRO	IT 97 B 08244 58920 000300051012

Quietanza per la cauzione incassata:

Il sottoscritto Christof Tumler nella sua qualità di direttore dell'Azienda Bürgerheim St.Nikolaus von der Flüe conferma di avere ricevuto una cauzione nella misura complessiva di **Euro 1.500,00** (Millecinquecento/00 Euro) per il seguente ospite:

Cognome:		Nome:	
Via:		n° civ.	
CAP:		Luogo:	
Prov.:		Paese:	
Codice fiscale:			

Luogo:	Data:	Firma del direttore:
--------	-------	----------------------