



Tel.0471 957400 – Fax 0471 957499
<https://www.bzgcc.bz.it>

Domanda di ammissione

La domanda di ammissione viene presentata per la seguente persona:

Cognome _____ Nome _____

Cognome acquisito _____

Stato civile celibe/nubile coniugato/a 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 sì, il _____ livello assistenziale _____

Titolare di indennità di accompagnamento: no sì

Titolare di analoghe agevolazioni estere: no sì, quali _____

chiede l'ammissione presso la "Residenza per anziani Domus Meridiana":

Ammissione permanente

Tipologia di ricovero desiderato: stanza singola stanza doppia

Ammissione temporanea dal giorno _____ al giorno _____

Ammissione d'urgenza *Previo colloquio con Direttore e/o Responsabile Tecnico Assistenziale*
dal giorno _____ al giorno _____

chiede l'ammissione presso il "Centro di assistenza diurna Dies-is":

nei giorni

Lunedì

Martedì

Mercoledì

Giovedì

Venerdì

negli orari

Mattina dalle ore 8.00/8.30 alle ore 13.00/13.30

Pomeriggio dalle ore 13.00/13.30 alle ore 17.00/17.30

Giornata intera dalle ore 8.00/8.30 alle ore 16.00/16.30

Giornata prolungata dalle ore 8.00/8.30 alle ore 17.00/17.30

Ammissione presso il servizio "accompagnamento o assistenza abitativa Bronzolo"

Autore: Lorenzo Clari Versione: 4.0 Approvato: 02.04.2019	1	Modulo: 07 01 06 Codice: 4012
---	---	----------------------------------



Tel.0471 957400 – Fax 0471 957499
<https://www.bzgcc.bz.it>

Il sottoscritto/La sottoscritta dichiara:

- di essere a conoscenza che prima dell'ammissione nella Residenza per anziani verrà sottoscritto il relativo patto d'accoglienza ospite-struttura;
- di conoscere ed accettare le condizioni generali per l'ammissione previste nella Carta dei servizi nella versione attuale;
- di assicurare il pagamento della retta fatturata sulla base della propria situazione economica ai sensi del D.P.G.P. 11 agosto 2000, n. 30 e di impegnarsi al versamento della stessa;
- di essere informato/a che – se necessario – anche i parenti di 1° grado devono partecipare al pagamento della retta giornaliera sulla base alla loro situazione economica, secondo quanto previsto dal D.P.G.P. 11 agosto 2000, n. 30;
- di essere informato/a che, in caso di sopravvenute esigenze particolari di cura e assistenza, potrà essere accolto/a, per il tempo necessario, all'interno della forma di assistenza specifica corrispondente;
- di aver ricevuto l'informativa generale sul trattamento dei dati personali (art.13 Reg. UE 2016/679 e successive modifiche) di cui alla normativa in materia di protezione dei dati personal
- di essere a conoscenza che sia il giorno di ammissione che quello di dimissione vengono fatturati;
- di essere informato/a che in caso di necessità, la Residenza per anziani si riserva il diritto di disporre uno spostamento interno.

Parte informativa e persona di riferimento:

I 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.

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 _____

Autore: Lorenzo Clari Versione: 4.0 Approvato: 02.04.2019	2	Modulo: 07 01 06 Codice: 4012
---	---	----------------------------------



Tel.0471 957400 – Fax 0471 957499
<https://www.bzgcc.bz.it>

indirizzo e-mail _____

2. 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 _____

Medico di base:

Cognome e nome _____

tel. _____ indirizzo e-mail _____

Eventuale medico specialista:

Cognome e nome _____

tel. _____ indirizzo e-mail _____

Firma del richiedente

tutore ... curatore... ... amministratore di sostegno _____

La seguente dichiarazione va compilata **solamente** nel caso in cui la persona da accogliere non sia in grado di firmare per motivi di salute.

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

Cognome _____ nome _____

dichiara in qualità di

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

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 _____

Autore: Lorenzo Clari Versione: 4.0 Approvato: 02.04.2019	3	Modulo: 07 01 06 Codice: 4012
---	---	----------------------------------



Tel.0471 957400 – Fax 0471 957499

<https://www.bzgcc.bz.it>

(All'atto della sottoscrizione del contratto ospite-struttura la presente domanda di ammissione e le dichiarazioni in essa contenute devono essere firmate dalla persona da accogliere ovvero dall'amministratore di sostegno, curatore o tutore)

Destinatario/a della fattura è: persona da accogliere persona di riferimento _____

Cognome		nome	
nato/a il	a		
residente in via		n.	
Località		c.a.p.	
codice fiscale		grado di parentela	

Allegati:

- valutazione medica in busta chiusa (ad es. questionario, referto, certificato)
- copia della tessera personale per l'assistenza sanitaria (cd. libretto sanitario) con eventuale esenzione ticket
- copia di un documento di identità e codice fiscale del richiedente
- copia di un documento di identità e codice fiscale della persona di riferimento
- copia della nomina del tutore/curatore/amministratore di sostegno (se nominato)
- certificazione dell'invalidità civile (se certificata)
- copia dell'esito dell'inquadramento in un livello assistenziale
- attestazione relativa ad analoghe agevolazioni estere percepite
- _____
- _____



Tel.0471 957400 – Fax 0471 957499
<https://www.bzgcc.bz.it>

AUTOCERTIFICAZIONE
di RESIDENZA DEL RICHIEDENTE
(Art. 46 - lettera b) D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a in _____ il _____
residente in _____ via _____ n. _____
consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto
prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la
non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al
provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P. R.
445/2000).

DICHIARA di ESSERE RESIDENTE A _____
 da sempre
 dal _____

(Data)

(Firma)

Autore: Lorenzo Clari Versione: 4.0 Approvato: 02.04.2019	<u>5</u>	Modulo: 07 01 06 Codice: 4012
---	----------	----------------------------------



Tel.0471 957400 – Fax 0471 957499
<https://www.bzgcc.bz.it>

Ingresso nella struttura, impegnativa al pagamento e riferimenti normativi:

L'assegnazione del posto nelle strutture avviene in base all'ordine delle liste d'attesa previa valutazione sullo stato di salute attuale dell'intestatario della domanda da parte della struttura accogliente. In caso di ricovero permanente, prima dell'ingresso in struttura, deve essere versato alla Residenza per anziani una cauzione nella misura di una retta mensile. La tariffa (tariffa base) a carico della persona assistita e dei suoi nuclei familiari è differente a seconda che si tratti di sistemazione in stanza singola o in stanza doppia. Tale tariffa (tariffa base) viene adeguata annualmente. Le tariffe (tariffe base) in vigore Le vengono comunicate a seguito di semplice richiesta presso l'amministrazione della Residenza per anziani. Un apposito foglio informativo Le verrà consegnato nel corso del primo incontro o all'atto della presentazione della domanda.

In caso di ricovero temporaneo, prima dell'ingresso in struttura, deve essere versata alla Residenza per anziani una caparra 380 euro. Prima dell'ingresso nella struttura deve essere sottoscritto il patto d'accoglienza "ospite- struttura".

L'assegno di cura dalla Provincia (LP 9/2007) non viene più corrisposto/a direttamente alla persona assistita a decorrere dal mese successivo all'avvenuta ammissione a tempo indeterminato.

I sottoscritti si obbligano a pagare per intero la tariffa ovvero presentare domanda di agevolazione tariffaria presso il Distretto sociale competente e a sostenere quindi la tariffa calcolata a proprio carico.

<i>Nome e cognome</i>	<i>Data e luogo di nascita</i>	<i>Indirizzo</i>	<i>Numero di telefono</i>	<i>Firma</i>
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Il/La dichiarante è stato informato/stata informata ed è consapevole di quanto disposto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, e successive modifiche, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

Letto, confermato e sottoscritto

Autore: Lorenzo Clari Versione: 4.0 Approvato: 02.04.2019	6	Modulo: 07 01 06 Codice: 4012
---	---	----------------------------------



Tel.0471 957400 – Fax 0471 957499

<https://www.bzgcc.bz.it>

(Data)

(Firma)

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

Consenso elaborazione dati

Il sottoscritto/La sottoscritta dichiara di aver ricevuto le informazioni sulle disposizioni di cui al d.lgs. n. 196/2003 e informativa generale privacy Art.13 Ver/Reg. EU 2016/679 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 decreto legislativo 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.

_____ (Data)

_____ (Firma)

Trattamento dei dati sensibili, 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 d.lgs. n. 196/2003 e informativa generale privacy Art.13 Ver/Reg. EU 2016/679, fino a revoca, l'autorizzazione al trattamento dei dati sensibili, 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 d.lgs. n. 196/2003 e informativa generale privacy Art.13 Ver/Reg. EU 2016/679, 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):

_____ (Data)

_____ (Firma)

Autore: Lorenzo Clari Versione: 4.0 Approvato: 02.04.2019	Z	Modulo: 07 01 06 Codice: 4012
---	---	----------------------------------



Tel.0471 957400 – Fax 0471 957499
<https://www.bzgcc.bz.it>

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 Domus Meridiana vige il principio della parità di genere.

Riservato all'Amministrazione

Ai sensi dell'art. 21 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445,

io sottoscritto/a _____ confermo che

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

(Data)

(Firma dell'incaricato/a)

Prima dell'ammissione della persona nella struttura, il Comune competente ne deve essere informato.

Nel caso di ammissioni nella Residenza per anziani di persone che prima dell'ammissione risiedevano in Comuni fuori provincia di Bolzano, il Comune competente deve ASSOLUTAMENTE essere informato PRIMA riguardo all'accoglienza; ancora meglio sarebbe chiedere una impegnativa al pagamento da parte dello stesso. Inoltre deve essere preventivamente contattato il Comprensorio sanitario competente.

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

Autore: Lorenzo Clari Versione: 4.0 Approvato: 02.04.2019	<u>8</u>	Modulo: 07 01 06 Codice: 4012
---	----------	----------------------------------

