



ANSUCHEN UM HEIMAUFNAHME IM SENIORENWOHNHEIM

Altersheim Stiftung Griesfeld
Fleimstalerstraße 41
I-39044 Neumarkt
Telefon: 0471 826100
E-Mail: info@griesfeld.it

Das Ansuchen um Heimaufnahme wird im Interesse für folgende Person gestellt (**Antragsteller**):

Nachname _____ Name _____

Ehename _____

Familienstand ledig verheiratet verwitwet _____

Steuernummer _____

Staatsbürgerschaft _____

wohnhaft in der Provinz Bozen seit _____ Jahren

geboren am _____ in _____

wohnhaft in _____ (____) bei _____

Straße _____ Nr. _____

Meldeamtlicher Wohnsitz _____

Tel. _____ Mobiltel. _____ E-Mail _____

Pflegegeld beantragt nein ja am _____ Pflegestufe _____

Um Tarifbegünstigung angesucht nein ja am _____

Diese Erklärung wird in Kenntnis der Sanktionen im Falle unwahrer oder unvollständiger Angaben, die in Art. 2Bis LG Nr. 17/1993, vorgesehen sind, sowie in Kenntnis der strafrechtlichen Folgen laut Art. 76 DPR 445/2000 gemacht.

ersucht um Aufnahme im Seniorenwohnheim

Griesfeld Neumarkt



Haus der Senioren

Lisl-Peter Montan



Haus Malayer

Art der Aufnahme: Daueraufnahme (*) Kurzzeitpflege
 (*) Tagespflege (*) Begleitetes Wohnen
 (*) Wohnen mit Anleitung - besondere Betreuungsform

Dringlichkeit der Aufnahme: dringend ohne Dringlichkeit

Art der Unterbringung: Einbettzimmer Zweibettzimmer

(*) Die hierfür benötigten Zusatzinformationen werden mit eigenem Formular erhoben



Der Unterfertigte erklärt:

- in Kenntnis darüber zu sein, dass vor der Heimaufnahme ein entsprechender Heimvertrag unterzeichnet wird;
- die allgemeinen Bedingungen für die Aufnahme in das Seniorenwohnheim lt. Dienstleistungscharta in geltender Fassung zu kennen und zu akzeptieren;
- über den derzeitigen Tagessatz informiert zu sein;
- für die Bezahlung des ihm zu Lasten gehenden Tagessatzes entsprechend seiner wirtschaftlichen Situation gemäß DLH vom 11. August 2000, Nr. 30 aufzukommen bzw. für dessen Bezahlung zu sorgen;
- informiert zu sein, dass, falls notwendig, auch die Verwandten 1. Grades entsprechend ihrer wirtschaftlichen Situation gemäß DLH vom 11. August 2000, Nr. 30 für die Bezahlung des Tagessatzes aufkommen müssen;
- das Informationsblatt „Behandlung der persönlichen Daten“ laut Datenschutzgesetz (GvD 196/2003) empfangen zu haben;
- informiert zu sein, dass bei Notwendigkeit eine interne Verlegung (Zimmer sowie Struktur) vorgenommen werden kann;

INFORMATIONSTEIL DER BEZUGSPERSON:

Die **Bezugsperson** ist ein Angehörige oder eine anderen Person, welcher ausdrücklich als Ansprechpartner befugt ist und an den sich das Personal des Seniorenwohnheimes für Informationen und Mitteilungen jeglicher Art wenden kann. Die Bezugsperson wird mit der Unterzeichnung dieses Antrages von dem Antragsteller autorisiert.

Der unterzeichnete Antragsteller ermächtigt Daten zu seinem Gesundheitszustand an die nachstehend aufgeführten Personen weitergeben zu können:

Nachname und Vorname _____

Steuernr. _____ Verwandtschaftsgrad _____

Antragsteller, die nicht mehr selbst in der Lage sind, über die eigenen Belange zu entscheiden, benötigen einen Vormund, Kurator oder Sachwalter. Diese Rollen sind vom Gericht genehmigt (bitte fügen Sie eine Kopie der vollständigen Ernennungsurkunde bei).

Vormund (Datum der Ernennung _____)

Kurator (Datum der Ernennung _____)

Sachwalter (Datum der Ernennung _____)

Nachname und Vorname _____

Steuernr. _____ Verwandtschaftsgrad _____



KONTAKTDATEN DER BEZUGSPERSON:

wohnhaft in Straße _____ Nr. _____
Ort _____ Postleitzahl _____
Tel. _____ Mobiltel. _____
e-mail Adresse _____

Der Unterfertigten Antragsteller ermächtigt hiermit die Altersheim Stiftung Griesfeld Informationen zum eigenen Gesundheitszustand auch an folgende Personen weiterzuleiten:

Name Nachname _____
Name Nachname _____
Name Nachname _____

HAUSARZT:

Nachname und Vorname _____
Tel. _____ e-mail _____

EVENTUELL FACHARZT:

Nachname und Vorname _____
Tel. _____ e-mail _____

ANGABEN FÜR RECHNUNGEN:

Es sei darauf hingewiesen, dass das PagoPA-System seit Februar 2021 auf nationaler Ebene in Kraft getreten ist und es daher nicht möglich ist, normale Überweisungen zugunsten der Altersheim Stiftung Griesfeld durchzuführen.

Bitte aktivieren Sie ein SEPA-Lastschriftmandat für die Zahlung der Rechnung (unsere Mitarbeiter stellen die entsprechenden Formulare zur Verfügung).

Die Zustellung der monatlich ausgestellten Rechnungen erfolgt mittels:

- E-Mail
Mail Adresse _____
- Post
Adresse _____
- Bewohner
Die Rechnung wird dem Bewohner persönlich ausgehändigt



Der Antragsteller und die im Sinne des DHL 30/2000 zahlungspflichtigen Angehörigen verpflichten sich: den Tarif zur Gänze zu bezahlen bzw. einen Antrag um Tarifbegünstigung beim zuständigen Sozialsprengel oder bei der zuständigen Gemeinde zu stellen und den dann berechneten Tarif zu bezahlen.

Name und Nachname	Telefon	Verwandtschaftsgrad

Heimeintritt, Kostenzusicherung und rechtliche Bestimmungen:

Die Vergabe des Heimplatzes erfolgt nach der Reihung der Ansuchen in der Warteliste. Bei Daueraufnahme ist vor dem Heimeintritt der **Heimvertrag** zu unterschreiben. Der geschuldete Tarif zu Lasten des Betreuten und seiner Familiengemeinschaft hängt von der Art der Unterbringung in Einzel- oder Zweibettzimmern sowie von der Pflegebedürftigkeit des Betreuten ab. Dieser Tarif wird jährlich angepasst. Die jeweils gültigen Beträge werden den Familien jährlich von der Altersheim Stiftung Griesfeld mitgeteilt.

Die Pflegegelder des Landes (LG 9/2007) werden von Seiten der Agentur für soziale und wirtschaftliche Entwicklung nach max. 2 Monaten ausbezahlt, rückwirkend ab dem darauf folgenden Monat der Antragstellung. Das Pflegegeld wird ab dem Monat nach Einreichung des Antrags anerkannt. Um den Prozess zu beschleunigen, empfehlen wir Ihnen dringend den Abschluss anzufordern.

Die Unterschrift muss vor dem Beauftragten vorgenommen werden, ansonsten muss eine gültige Ausweiskopie des Erklärenden beigelegt werden!

(Datum)

(Unterschrift Antragsteller)

oder, wenn beauftragt

(Unterschrift Vormund, Curator, Sachwalter)



Nur auszufüllen, wenn der Antragsteller aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage ist zu unterschreiben:

Erklärung im Sinne des Art. 4 des DPR Nr. 445/2000

Nachname _____ Vorname _____

erklärt in seiner Eigenschaft als

- Ehepartner
- Sohn/Tochter (in Abwesenheit des Ehepartners)
- Angehöriger (in Abwesenheit des Ehepartners und von Kindern)

dass der Antragsteller aus Gesundheitsgründen zeitweilig das Ansuchen mit allen darin enthaltenen Erklärungen nicht in der Lage ist zu unterschreiben.

(Datum)

(Unterschrift)

(Bei Unterschrift des Heimvertrages ist dieses Ansuchen um Aufnahme mit allen darin enthaltenen Erklärungen vom Antragsteller bzw. vom Sachwalter, Kurator oder Vormund zu unterzeichnen).

Der Verwaltung vorbehalten

Im Sinne von Art. 21 des D.P.R. vom 28.12.2000, Nr. 445, bestätige ich _____ dass

- der Erklärende dieses Ansuchens in meiner Gegenwart unterzeichnet hat
- die Identität des Antragstellers durch ein gültiges Ausweisdokument festgestellt wurde

(Datum)

(Unterschrift des Beauftragten)



Diesem Gesuch werden folgende Dokumente beigelegt:

- Ärztlicher Fragebogen
- Fachärztliches Attest bei Diagnose Demenz
- Kopie des Personalausweises für den ärztlichen Beistand sowie Ticketbefreiung (Krankenkassabüchlein)
- Kopie Ausweisdokument und Steuernummer des **Antragstellers**
- Kopie Ausweisdokument und Steuernummer der **Bezugsperson**
- Kopie Ernennung eines Vormundes/Kurators/Sachwalters (falls zutreffend) mit ausdrücklicher Angabe der vom Gerichtshof übertragenen Befugnisse
- Bestätigung der Zivilinvalidität (falls bescheinigt)
- Kopie Ergebnis der Einstufung in eine Pflegestufe
- Kopie der Pensionsbescheinigung CUD und des Rentenabschnittes
- SEPA-Lastschrift Mandat
- Bankbeleg für die Überweisung der Kaution
- Einverständniserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Daten, Gesundheitsdienste und Bilder
- Information der betroffenen Person über die Verarbeitung personenbezogener Daten gemäß Art. 13 der Verordnung (EU) 16/679
- _____



ZUSTIMMUNG ZUR DATENVERARBEITUNG
Soziale Dienstleistungen

Achtung: Die folgenden Erklärungen können nur von der interessierten Person, ihrem Vormund, Kurator oder Sachwalter unterzeichnet werden. FAMILIENMITGLIEDER, NUR WENN SIE EINE DER OBGENANNTEN ROLLEN EINNEHMEN

Der Unterfertigte (Interessierte) _____

oder

Der Unterfertigte (definieren, ob es sich um den Vormund, Kurator oder Sachwalter handelt)

des Herrn/der Frau _____

der erworbenen Informationen für die Verantwortlichen für die Verarbeitung der Daten laut Art. 13 der Ver. UE 679/2016

(...) gibt (...) gibt NICHT

seine Einwilligung für die Verarbeitung personenbezogener Daten in Bezug auf den Gesundheitszustand, die für die Leistung erforderlich ist

(...) gibt (...) gibt NICHT

seine Zustimmung zur Übermittlung ihrer Daten zu den im Informationsblatt angegebenen Themen

(...) gibt (...) gibt NICHT

seine Einwilligung für die elektronische Verarbeitung der Gesundheitsdokumentation durch Zugang und Konsultationen an: a) ärztliches, krankenpflegerisches und soziosanitäres Personal, (für die damit verbundenen Tätigkeiten), welche in der Einrichtung arbeiten; b) Verwaltungspersonal (für die damit verbundenen Tätigkeiten) welche von der Gesundheitsbehörde beauftragt werden.

(Datum)

(Unterschrift Antragsteller)



ZUSTIMMUNG ZUR DATENVERARBEITUNG

Veröffentlichung von Fotos, Videoaufnahmen des Namen und Nachnamen und des Geburtsdatums

Der Unterfertigte (Interessierte) _____

oder

Der Unterfertigte (definieren, ob es sich um den Vormund, Kurator oder Sachwalter handelt)

_____ des Herrn/der Frau _____

(...) ersucht

(...) ersucht nicht

seinen Namen und Nachnamen und das Geburtsdatum in den öffentlichen Bereichen der Struktur in Papier- und digitaler Form anzugeben (im Falle einer negativen Antwort werden nur die Anfangsbuchstaben des Namens angegeben)

(...) gibt die Zustimmung

(...) gibt nicht die Zustimmung

zur Sammlung und Verbreitung seines Portrait und/oder Videoaufnahmen (z.B. Faltblätter, Werbeinformationsbroschüren, Website des Betriebes und Social Network desselben) mit seinem Bild für Betriebszwecke

Diese Erklärung wird bis zum Widerruf ausgestellt.

(Datum)

(Unterschrift Antragsteller)