



DOMANDA DI AMMISSIONE NELLA RESIDENZA PER ANZIANI

Casa di Riposo Fondazione Griesfeld
Via Val di Fiemme 41
I-39044 Egna
Telefono: 0471 826100
E-mail: info@griesfeld.it

La domanda di ammissione viene presentata nell'interesse della seguente persona (**Richiedente**):

Cognome _____ Nome _____

Cognome acquisito _____

Stato civile celibe coniugato vedova/o _____

Codice fiscale _____

Cittadinanza _____

residente in Provincia di Bolzano da _____ anni

nato il _____ a _____

residente/domiciliato a _____ (____) c/o _____

in via _____ n. _____

Residenza anagrafica _____

Tel. _____ cellulare _____ indirizzo e-mail _____

Assegno di cura: richiesto no sì in data _____ livello assistenziale _____

Richiesta di agevolazione tariffaria no sì in data _____

La dichiarazione è resa considerando le sanzioni in caso di informazioni non veritiere, come previste dall'art. 2bis LG 17/1993, e le conseguenze penali di cui all'art. 74 DPR 445/2000

chiede l'ammissione nella Residenza per anziani:

Griesfeld Egna



Casa degli Anziani

Lisl-Peter Montagna



Casa Malayer

Tipo di ammissione: Ricovero permanente

Ricovero temporaneo

(*) Assistenza diurna

(*) Accompagnamento abitativo

(*) Un „altro“ vivere - assistenza speciale per persone con demenza

Urgenza dell'ammissione: urgente

non urgente

Tipo di alloggio richiesto: stanza singola

stanza doppia

(*) Le ulteriori informazioni necessarie verranno richieste tramite un apposito modulo



Il sottoscritto/a dichiara e conferma:

- di essere a conoscenza che prima dell'ammissione verrà stipulato un corrispondente contratto di accoglienza;
- di conoscere ed accettare le condizioni generali per l'ammissione nella Residenza per anziani previste nella vigente Carta dei Servizi;
- di essere stato informato della tariffa giornaliera attualmente applicata;
- di assicurare il pagamento della tariffa a suo carico, calcolata sulla base della propria situazione economica ai sensi del DPGP 11 agosto 2000, n. 30;
- 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);
- di essere informato che in caso di necessità può essere disposto un cambio di stanza e/o di Struttura;

DATI DI CONTATTO DELLA "PERSONA DI RIFERIMENTO PER IL RESIDENTE":

La **persona di riferimento** è un familiare o una persona specificamente autorizzata a ricevere tutte le informazioni e comunicazioni necessarie, da parte del nostro personale, riguardanti la persona residente nelle nostre strutture. Questa persona viene espressamente autorizzata dal Richiedente.

Il/la sottoscritto/a Richiedente autorizza a poter comunicare i dati relativi al proprio stato di salute ai soggetti di seguito elencati:

Cognome e nome _____

Codice fiscale _____ grado di parentela _____

La persona di riferimento del Richiedente che non è più in grado di decidere e curare i propri interessi personali è normalmente un amministratore di sostegno oppure un tutore o curatore. Questi ruoli sono autorizzati da parte del Tribunale (si prega di allegare copia dell'atto di nomina completo).

tutore (data nomina _____)

curatore (data nomina _____)

amministratore di sostegno (data nomina _____)

Cognome e nome _____

Codice fiscale _____ grado di parentela _____



DATI DI CONTATTO DELLA PERSONA DI RIFERIMENTO:

Residente in via _____ n. _____
Località _____ c.a.p. _____
Tel. _____ cellulare _____
Indirizzo e-mail _____

Il/la sottoscritto/a Richiedente autorizza la Fondazione Griesfeld a comunicare i dati relativi al proprio stato di salute anche ai soggetti di seguito elencati:

Cognome e nome _____
Cognome e nome _____
Cognome e nome _____

MEDICO DI BASE:

Cognome e nome _____
Tel. _____ Indirizzo e-mail _____

EVENTUALE MEDICO SPECIALISTA:

Cognome e nome _____
Tel. _____ Indirizzo e-mail _____

INFORMAZIONI PER LE FATTURE:

Si fa notare che, da febbraio 2021, è in vigore, a livello nazionale, il sistema PagoPA e pertanto non è possibile eseguire bonifici ordinari a favore della Fondazione Griesfeld.

Si prega di attivare un ordine SEPA per il pagamento della fattura della struttura (il nostro Personale fornirà gli appositi moduli).

Le fatture emesse mensilmente vanno recapitate tramite:

- E-Mail
Indirizzo mail _____
- Post
Indirizzo _____
- Residente
La fattura viene consegnata direttamente al residente



Il richiedente e i familiari tenuti al pagamento ai sensi del DPGP 30/2000 s'impegnano a pagare per intero la tariffa dovuta, oppure a presentare domanda di agevolazione tariffaria al competente distretto sociale o al competente Comune e a pagare la tariffa calcolata a proprio carico.

Nome e Cognome	Telefono	Grado di parentela

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

L'assegnazione del posto avviene a seguito dello scorrimento della lista d'attesa. Prima dell'ingresso nella struttura verrà sottoscritto il **contratto di accoglienza**. La retta mensile a carico del Richiedente e del suo nucleo familiare dipende da alcuni fattori, ad esempio se viene scelta una stanza singola o doppia, ed in base allo stato di non autosufficienza del Richiedente. Tale retta è adeguata annualmente. Gli importi applicati vengono comunicati annualmente alle famiglie da parte della Fondazione Griesfeld.

Gli assegni di cura della Provincia (LP 9/2007) sono corrisposti dall'Agencia per lo sviluppo sociale ed economico che provvede ad effettuare il primo pagamento entro massimo due mesi. L'assegno di cura viene riconosciuto a partire dal mese successivo alla data di presentazione della domanda. Per accelerare la procedura di corresponsione dell'assegno, consigliamo di richiedere con urgenza l'inquadramento.

Le firme devono essere apposte davanti alla persona incaricata; in caso contrario dovrà essere allegata copia di un documento di identità del dichiarante

(Data)

(Firma del Richiedente)

ovvero, in caso di nomina

(Firma dell'Amministratore di sostegno/tutore/curatore)



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 _____

dichiara in qualità di

- coniuge
- figlio / figlia (in assenza del 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)

(Si precisa che l'atto della sottoscrizione del Contratto di accoglienza la presente richiesta di ammissione e le dichiarazioni in essa contenute deve essere firmata dal richiedente ovvero dall'amministratore di sostegno, curatore o tutore)

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)



Alla domanda è allegata la seguente documentazione:

- Questionario medico
- Certificato medico specialistico in caso di 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 dell'atto di nomina del tutore/curatore/amministratore di sostegno (eventuale) con espressa indicazione dei poteri conferiti dal Tribunale
- Certificazione dell'invalidità civile (se certificata)
- Copia dell'esito di inquadramento in un livello assistenziale
- Copia dell'ultima certificazione CUD e del cedolino della pensione
- Mandato per addebito diretto SEPA
- Bonifico bancario della caparra
- Modulo di consenso al trattamento dei dati personali, prestazioni sanitarie e immagini
- Informativa all'interessato in relazione al trattamento dei dati personali art. 13 REG.EU 16/679
- _____



CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
Prestazioni socio-assistenziali

Attenzione: Le dichiarazioni che seguono possono essere rese solo dall'interessato oppure dal suo tutore, curatore o amministratore di sostegno. SONO ESCLUSI I FAMILIARI CHE NON ABBIANO ASSUNTO UNO DEI PREDETTI RUOLI.

Il sottoscritto (Richiedente) _____

oppure

Il sottoscritto (definire se amministratore di sostegno, tutore, curatore

_____ del Sig./della Signora _____

acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 679/2016

() presta () NON presta

il suo consenso per il trattamento dei dati personali riferiti allo stato di salute necessari per lo svolgimento

() presta () NON presta

il suo consenso per la comunicazione dei propri dati ai soggetti indicati nell'informativa

() presta () NON presta

il suo consenso per la gestione informatizzata della propria documentazione sanitaria autorizzandone l'accesso e la consultazione a: a) personale medico, infermieristico e socioassistenziale (per le relative competenze) che opera nell'ente, b) personale medico, infermieristico e amministrativo (per le relative competenze) incaricato dall'Azienda Sanitaria

(Data)

(Firma del dichiarante)



CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Pubblicazione di foto, registrazione video del nome e cognome e della data di nascita, da parte della Fondazione Griesfeld

Il sottoscritto (Richiedente) _____

oppure

Il sottoscritto (definire se amministratore di sostegno, tutore, curatore

_____ del Sig./della Signora _____

chiede di

chiede di NON

Indicare il proprio nome e cognome e la propria data di nascita negli spazi comuni della Struttura, nelle pubblicazioni cartacee e digitali curate dall'Azienda (in caso di risposta negativa verrà esposto per intero solo il nome accompagnato dall'iniziale puntata del cognome)

presta

NON presta

Il consenso per la raccolta e la diffusione del proprio ritratto fotografico e/o di video registrazioni (per esempio sotto forma di dépliant, brochure informative e pubblicitarie, sito internet aziendale e social network), contenenti la propria immagine per i fini indicati nell'informativa

La presente dichiarazione viene rilasciata sino revoca.

(Data)

(Firma del dichiarante)