



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 nel comune da anni

nato il a

residente a ()

in via n.

tel. cellulare

Assegno di cura richiesto no sì il livello assistenziale

Chiede l'ammissione nella Residenza per anziani:

Griesfeld Egna



Lisl Peter Montagna



Tipo di ammissione:

- Ricovero permanente
 Ricovero temporaneo
 Assistenza diurna

Tipo di alloggio:

- stanza singola stanza doppia

Chiede l'ammissione nella Casa per anziani/Accompagnamento abitativo:

Casa degli Anziani



Casa Malayer





Il sottoscritto 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 sui criteri di ammissione;
- 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 in relazione al trattamento dei dati personali;
- 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:

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 nella nostra struttura. Questa persona viene espressamente autorizzata dal Richiedente.

Cognome Nome

codice fiscale grado di parentela

residente in Via n.

località c.a.p.

tel. cellulare

e-mail

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



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

Cognome e nome

Cognome e nome

Cognome e nome

Cognome e nome

MEDICO DI BASE:

Cognome e nome

tel. e-mail

EVENTUALE MEDICO SPECIALISTA:

Cognome e nome

tel. 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

posta

residente La fattura viene consegnata direttamente al residente



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 dal tipo di alloggio (stanza singola o doppia). Questa tariffa viene adeguata annualmente. Gli importi applicati vengono comunicati ogni anno alle famiglie da parte della Fondazione Griesfeld.

L'assegno di cura rispettivamente di accompagnamento erogato dalla Provincia non viene più corrisposto direttamente alla persona assistita a decorrere dal mese successivo all'avvenuta ammissione a tempo indeterminato.

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.

Cognome e nome	Telefono	Grado di parentela
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Il dichiarante è stato informato 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.

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

Data

X _____

Firma del Richiedente

X _____

Firma dell'Amministratore di sostegno/Tutore/Curatore



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

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

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

X _____

Firma

All'atto della sottoscrizione del contratto di accoglienza la presente domanda di ammissione e le dichiarazioni in essa contenute devono essere firmate 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

X _____

Firma



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

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
Prestazioni socio-assistenziali**

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 del servizio

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

X _____

Firma



CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
Pubblicazione del nome, cognome e della data di nascita, di foto e registrazioni video

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

X _____

Firma



Alla domanda è allegata la seguente documentazione:

- Valutazione medica (ad es. questionario, referto, certificato)
- Certificato medico specialistico in caso di demenza
- Copia libretto Cassa Malati ed eventuali esenzioni ticket
- 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 (se nominato)
- Certificazione dell'invalidità civile (se certificata)
- Copia dell'esito di inquadramento in un livello assistenziale (prego comunicare eventuali variazioni)