

Domanda di ammissione a tempo determinato e semiresidenziale nella Residenza per Anziani OJÖP FRËINADMETZ A.P.S.P.

La domanda di ammissione a tempo determinato o semiresidenziale viene inoltrata per la seguente persona:

Cognome _____ nome _____

Cognome acquisito _____

Stato civile ☐ celibe/nubile ☐ coniugato/a o unito/a civilmente ☐ vedovo/a ☐ _____

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 _____

Invalidità civile: ☐ no ☐ sì _____% ☐ con indennità di accompagnamento ☐ legge 104/92

Titolare di analoghe agevolazioni estere: ☐ no ☐ sì, quali _____

Medico di base:

Cognome e nome _____

chiede l'ammissione al seguente servizio:

Tipologia di ammissione ☐ ricovero temporaneo ☐ centro diurno ☐ accompagnamento abitativo a partire dal _____ (evtl. dal _____ al _____)
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 nel prospetto informativo (e nella Carta dei servizi) 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;
- 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.

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 _____ nome _____

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: ☐ la persona da accogliere ☐ la persona di riferimento ☐ _____

Data	Firma
------	-------

☐ tutore ☐ curatore ☐ amministratore di sostegno ☐ _____

oppure (se pertinente) in qualità di

☐ coniuge

☐ figlio/figlia (in assenza del coniuge)

☐ parente (in assenza del coniuge e dei 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 di pagamento:

Signor/Signora:

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

si impegna a provvedere al pagamento dei costi di ricovero del/la signor/signora

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
------	-------

Allegati:

- ☐ valutazione medica (ad es. questionario, referto, certificato)
- ☐ copia di un documento di identità e codice fiscale (cartellino sanitario) della persona da accogliere, del sottoscritto/della sottoscritta, dei familiari obbligati al pagamento e della persona di riferimento
- ☐ copia della tessera personale per l'assistenza sanitaria (cd. libretto sanitario) con eventuale esenzione ticket
- ☐ copia dell'esito dell'inquadramento in un livello assistenziale
- ☐ attestazione relativa ad analoghe agevolazioni estere percepite
- ☐ certificazione dell'invalidità civile (se certificata)
- ☐ verbale di visita collegiale per l'accertamento dell'handicap – legge 104/92
- ☐ copia della nomina del tutore/curatore/amministratore di sostegno (se nominato)
- ☐ copia della tessera associativa della Croce Bianca
- ☐ _____
- ☐ _____

Dichiarazione e consenso in base al Regolamento generale sulla protezione dei dati DSGVO 2016/679

Cognome _____ Nome _____

nato/a il _____, a _____
(di seguito nominato/a il/la sottoscritto/a)

Trattamento dei dati personali:

Il sottoscritto/La sottoscritta dichiara di aver ricevuto le informazioni sulle disposizioni di cui al regolamento (UE) 2016/679, di seguito denominato 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

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

☐ sì, eccetto a

(indicare nome e cognome) _____

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		foto		Comunicazione data di nascita	
☐ sì	☐ no	☐ sì	☐ no	☐ 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
------	-------

*Il presente modulo è stato redatto nel rispetto del linguaggio di genere, fatta eccezione per alcuni termini riportati solo al maschile. Si fa presente che nella **Residenza per Anziani Ojöp Frëinademez A.P.S.P.** vige il principio della parità di genere.*

INFORMATIVA AI SENSI DEGLI ARTICOLI 13 E 14 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 venirne 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;
- 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: Residenza per Anziani Ojöp Frëinademetz A.P.S.P.

Tel: 0474/524700

Fax: 0474/523050

indirizzo e-mail: info@ciasadepalsa.it

L-Pec: ciasadepalsa@pec.rolmail.net

La persona responsabile per l'elaborazione dei ricorsi presentati ai sensi del Regolamento generale sulla protezione dei dati è il Direttore *pro tempore*, Tel. 0474/524786.

Informazioni sul responsabile protezione dati (RPD)

Dati di contatto: Ditta PSY-LEX Srl, Via Huben 1, 39030 San Lorenzo di Sebato (BZ)

Interlocutore personale: Wieser Armin

e-mail: datenschutz@arminwieser.ch