



Informazioni: Telefono 0474 914274
E-Mail info@seniorenwohnheim-innichen.it

Assistenza abitativa plus

Domanda di ammissione – 2025

La domanda di ammissione viene inoltrata per la seguente persona (richiedente).

Cognome _____ Nome _____

Cognome acquisito _____

Stato civile ☐ celibe ☐ coniugato ☐ vedova/o ☐ _____

Codice fiscale _____ Cittadinanza _____

nato il _____, a _____

residente in via _____ n. _____

Residenza anagrafica _____ CAP _____

Tel. _____, cellulare _____ indirizzo e-mail _____

Assegno di cura: richiesto ☐ no ☐ sì, il _____ livello assistenziale _____

Richiesta di agevolazione tariffaria ☐ no ☐ sì, il _____

Urgenza dell'ammissione: ☐ urgente ☐ non urgente

Medico di base: _____

Associato alla Croce Bianca: ☐ no ☐ sì

Il sottoscritto/a dichiara:

- di essere a conoscenza che prima dell'ammissione verrà sottoscritto il relativo contratto ospite-struttura;
- di conoscere ed accettare le condizioni generali per l'ammissione previste nella "carta dei servizi" nella versione attuale;
- di pagare l'intera retta giornaliera o tariffa (tariffa base) o comunque di assicurarne il pagamento;
- 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 della possibilità di presentare domanda di agevolazione tariffaria presso il Distretto Sociale Alta Pusteria ai sensi del D.P.G.P. n. 30/2000;
- di autorizzare la Fondazione "Hans Messerschmied APSP" a informare per iscritto i familiari circa l'obbligo di pagamento della tariffa (tariffa base) ai sensi del D.P.G.P. n. 30/2000, e di essere disponibile a fornire i dati a tal fine necessari;
- di essere informato/a che, in caso di sopravvenute esigenze particolari di cura e assistenza, potrà essere accolto/a, per il tempo necessario, nella Residenza per Anziani San Candido e quindi dimesso/a;
- 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 a conoscenza che sia il giorno di ammissione che quello di dimissione vengono fatturati;
- di essere a conoscenza che al momento dell'ingresso devono essere presentati anche altri documenti.

Al momento della sottoscrizione del contratto l'ospite ed i familiari obbligati alla compartecipazione ai sensi del D.P.G.P. n. 30/2000, devono corrispondere alla Fondazione "Hans Messerschmied APSP" una somma pari a 60 giorni della tariffa base a carico dell'ospite e dei familiari.

In caso di necessità, la Fondazione "Hans Messerschmied APSP" si riserva il diritto, previa informativa motivata all'ospite e alla persona di riferimento, di disporre uno spostamento alla Residenza per Anziani San Candido.

Firma del richiedente _____

(☐ tutore ☐ curatore ☐ amministratore di sostegno)

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 _____ (grado di parentela)
che il richiedente per motivi di salute non è temporaneamente in grado di firmare la domanda e le dichiarazioni in essa contenute.

Data: _____ Firma: _____

Parte informativa e persona di riferimento

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 si rivolge per informazioni e comunicazioni di qualsiasi genere.

☐ tutore ☐ curatore ☐ amministratore di sostegno ☐ persona di riferimento

Cognome e nome _____

Codice fiscale _____ grado di parentela _____

residente in via _____ n. _____

Località _____ CAP _____

Tel. _____, cellulare _____

indirizzo e-mail _____

☐ tutore ☐ curatore ☐ amministratore di sostegno ☐ persona di riferimento

Cognome e nome _____

Codice fiscale _____ grado di parentela _____

residente in via _____ n. _____

Località _____ CAP _____

Tel. _____, cellulare _____

indirizzo e-mail _____

Allegati alla domanda

- ☒ valutazione medica (ad es. questionario allegato, referto, certificato)
- ☐ copia del "libretto verde Cassa di Malattia" (codice sanitario ed 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 della nomina del tutore/curatore/amministratore di sostegno (se inerente)
- ☐ certificazione dell'invalidità civile (se certificata)
- ☐ copia dell'esito di inquadramento in un livello assistenziale
- ☐ _____

Ingresso nella struttura, impegnativa al pagamento e riferimenti normativi:

L'assegnazione del posto in struttura avviene in base all'ordine della lista d'attesa.

Prima dell'ingresso nella struttura deve essere sottoscritto il contratto "ospite- struttura". Questo contratto definisce i diritti e i doveri delle parti coinvolte e garantisce trasparenza riguardo alle singole prestazioni offerte.

La tariffa (tariffa base) a carico della persona assistita e dei suoi nuclei familiari viene adeguata annualmente. Le tariffe (tariffe base) in vigore vengono comunicate a seguito di semplice richiesta presso l'Amministrazione della Fondazione "Hans Messerschmied APSP". Un apposito foglio informativo Le verrà consegnato nel corso del primo incontro o all'atto della presentazione della domanda.

Il sottoscritto/la sottoscritta conferma, con la propria firma, di aver ricevuto il citato foglio informativo e di essere stato informato/stata informata in merito ai costi.

Si dichiara che la persona da accogliere ha i seguenti familiari obbligati al pagamento ai sensi del D.P.G.P. n. 30/2000 (coniuge o equiparati, figli e genitori) e che questi sono informati circa i loro obblighi.

I sottoscritti si obbligano a pagare per intero la tariffa (tariffa base) o a presentare domanda di agevolazione tariffaria presso il Distretto Sociale Alta Pusteria e a pagare la tariffa così calcolata.

<u>Cognome e Nome</u>	<u>Data di nascita</u>	<u>Luogo di nascita</u>	<u>Firma</u>
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

Il dichiarante è stato informato ed è consapevole di quanto disposto dall'art. 76 D.P.R. 28.12.2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci. Letto, confermato e sottoscritto

_____	_____
(Data)	(Firma dichiarante)

Dichiarazione:

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 Fondazione "Hans Messerschmied APSP" 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.

(Data)

(Firma dichiarante)

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 Fondazione "Hans Messerschmied APSP", 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 Fondazione "Hans Messerschmied APSP", 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

c) Il sottoscritto/La sottoscritta conferisce, fino a revoca, alla Fondazione "Hans Messerschmied APSP", l'autorizzazione a comunicare a terzi la propria presenza nella struttura:

☐ Sì

☐ No

d) Il sottoscritto/La sottoscritta conferisce, fino a revoca, alla Fondazione "Hans Messerschmied APSP", l'autorizzazione ad esporre il proprio nome alla porta della propria stanza, a pubblicare foto e a rendere nota la propria data di nascita (età):

Nome

☐ Sì

☐ No

Foto

☐ Sì

☐ No

Comunicazione data di nascita

☐ Sì

☐ No

(Data)

(Firma del dichiarante)

Tutte le espressioni, per ragioni di semplificazione, ricorrono in questo modulo al maschile. Si fa esplicito riferimento al principio di parità di trattamento tra donne e uomini.

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)

INFORMATIVA AI SENSI DEGLI ARTICOLI 13 E 14 DEL 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/quarter, 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.

Residenza per anziani Fondazione "Hans Messerschmied APSP", Via Prato n. 4, 39038 San Candido (BZ)

Tel. 0474/914274,

E-Mail: info@seniorenwohnheim-innichen.it; L-Pec: residenzaperanziani.sancandido@legalmail.it

La persona responsabile per l'elaborazione dei ricorsi presentati ai sensi del Regolamento generale sulla protezione dei dati è il direttore pro tempore.

Informazioni sul responsabile protezione dati (RPD - DPO)

PSY-LEX Srl, Via Huben n. 1, 39030 San Lorenzo di Sebato (BZ) – referente per il responsabile: Dott. Armin Wieser

E-Mail dedicata: datenschutz@arminwieser.ch; PEC: psy-lex@legalmail.it



Foglio informativo 2025

Retta giornaliera 2025: 42,00 Euro

Tariffa agevolata

La retta giornaliera si riduce, se a seguito di un calcolo il risultato prevede il sostegno finanziario da parte del comune di residenza.

Il calcolo della tariffa agevolata si effettua per gli abitanti di San Candido, Sesto e Dobbiaco presso il Distretto Sociale Alta Pusteria – Servizio assistenza economica sociale, Via Prato 6, 39038 San Candido (1° piano).

Si consiglia di fissare un appuntamento con la responsabile del servizio, Sig.ra Iris Lanzinger (tel. 0474 919904, iris.lanzinger@bzgpust.it)

Cauzione

Prima del ricovero permanente l'ospite ed i familiari obbligati alla compartecipazione ai sensi del D.P.G.P. n. 30/2000, devono corrispondere alla Fondazione "Hans Messerschmied APSP" una somma pari a 60 giorni della tariffa base a carico dell'ospite e dei familiari:

IBAN IT 51 L 03493 11600 000302027283 (Cassa Centrale Raiffeisen)
intestato a Fondazione "Hans Messerschmied APSP"

Per la copertura di fatture, che al momento della dimissione dell'ospite risultano non saldate, la Fondazione "Hans Messerschmied APSP" è autorizzata a trattenere la cauzione. Eventuali importi residui verranno restituiti dal gestore agli aventi diritto entro 30 giorni dalla dimissione.

**ÄRZTLICHES ZEUGNIS FÜR DIE AUFNAHME IN EIN ALTERSHEIM
ATTESTATO MEDICO PER L'AMMISSIONE IN UNA CASA DI RIPOSO**

des Herrn/der Frau _____
del sig./della sig.ra _____

geb. am _____ in _____
nato/a il _____ a _____

wohnhaft in _____
residente a _____

Diagnose: _____
Diagnosi: _____

Infektionskrankheiten: _____
Malattie infettive: _____

Allergien: _____
Allergie: _____

Körperlicher und geistiger Zustand – Condizioni fisiche e psichiche

Herz- und Kreislauf _____
Cuore e sistema circolatorio _____

Sehvermögen _____
Capacità visiva _____

Hörvermögen _____
Capacità uditiva _____

Gehfähigkeit _____
Capacità di deambulazione _____

Körperliche Behinderungen _____
Handicap fisici _____

Geistige Behinderungen _____
Handicap psichici _____

Sprachstörungen _____
Disturbi afasici _____

Niedergeschlagenheit, Depression _____
Stati di tristezza, depressioni _____

Auffällige Verhaltensweisen _____
Disturbi nel comportamento _____

Unruhe tagsüber/nachts _____
Agitazione durante il giorno/la notte _____

Aktivität bei Tag _____
Attività durante la giornata _____

<u>Zeitlich orientiert</u> <u>Orientamento nel tempo</u>	☐ <u>immer</u> <u>sempre</u>	☐ <u>nicht immer</u> <u>non sempre</u>	☐ <u>ie</u> <u>rai</u>	
<u>Örtlich orientiert</u> <u>Orientamento nello spazio</u>	☐ <u>immer</u> <u>sempre</u>	☐ <u>nicht immer</u> <u>non sempre</u>	☐ <u>ie</u> <u>rai</u>	
<u>Gedächtnis</u> <u>Memoria</u>	☐ <u>normal</u> <u>normale</u>	☐ <u>Gedächtnislücken</u> <u>qualche amnesia</u>	☐ <u>erinnert sich an nichts</u> <u>non ricorda nulla</u>	
<u>Bettlägrigkeit</u> <u>Degenza a letto</u>	☐ <u>nie</u> <u>mai</u>	☐ <u>selten</u> <u>raramente</u>	☐ <u>häufig</u> <u>spesso</u>	☐ <u>auernd</u> <u>empre</u>
<u>Harninkontinenz</u> <u>Incontinenza urinaria</u>	☐ <u>nie</u> <u>mai</u>	☐ <u>selten</u> <u>raramente</u>	☐ <u>häufig</u> <u>spesso</u>	☐ <u>auernd</u> <u>empre</u>
<u>Stuhlinkontinenz</u> <u>Incontinenza delle feci</u>	☐ <u>nie</u> <u>mai</u>	☐ <u>selten</u> <u>raramente</u>	☐ <u>häufig</u> <u>spesso</u>	☐ <u>auernd</u> <u>empre</u>

Benötigte Hilfe bei:
Necessità di aiuto per:

<u>Gehen</u> <u>Deambulazione</u>	☐ <u>keine</u> <u>nessuno</u>	☐ <u>wenig</u> <u>poco</u>	☐ <u>viel</u> <u>molto</u>
<u>Treppensteigen</u> <u>Fare le scale</u>	☐ <u>keine</u> <u>nessuno</u>	☐ <u>wenig</u> <u>poco</u>	☐ <u>viel</u> <u>molto</u>
<u>Essen</u> <u>Mangiare</u>	☐ <u>keine</u> <u>nessuno</u>	☐ <u>wenig</u> <u>poco</u>	☐ <u>viel</u> <u>molto</u>
<u>Aufstehen / Zu-Bett-Gehen</u> <u>Alzarsi / Andare a letto</u>	☐ <u>keine</u> <u>nessuno</u>	☐ <u>wenig</u> <u>poco</u>	☐ <u>viel</u> <u>molto</u>
<u>An- und Ausziehen</u> <u>Vestirsi e svestirsi</u>	☐ <u>keine</u> <u>nessuno</u>	☐ <u>wenig</u> <u>poco</u>	☐ <u>viel</u> <u>molto</u>
<u>Körperhygiene</u> <u>Igiene personale</u>	☐ <u>keine</u> <u>nessuno</u>	☐ <u>wenig</u> <u>poco</u>	☐ <u>viel</u> <u>molto</u>
<u>Benützung der Toilette</u> <u>Uso del WC</u>	☐ <u>keine</u> <u>nessuno</u>	☐ <u>wenig</u> <u>poco</u>	☐ <u>viel</u> <u>molto</u>

Erforderliche Diät: _____
Dieta richiesta: _____

Medikamente: _____
Farmaco – terapia: _____

Weitere wichtige Bemerkungen: _____
Altre osservazioni importanti: _____

Der Patient ist ☐ selbständig ☐ teilweise pflegebedürftig ☐ schwer pflegebedürftig
Il paziente è ☐ autosufficiente ☐ parzialmente non autosufficiente ☐ gravemente non autosufficiente

Datum – data

Unterschrift – firma