



**DOMANDA DI AMMISSIONE NELLA  
RESIDENZA PER ANZIANI DI LAIVES**

Via P.-Mayr 10, 39055 Laives  
Tel. 0471 954501 – Fax 0471 594866  
e-mail: info@seniorenheim-leifers.it

Riservato all'amministrazione

Data: \_\_\_\_\_

Prot. Nr. \_\_\_\_\_

Rinnovato il \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_, cellulare \_\_\_\_\_ indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

Assegno di cura: richiesto  no  si, il \_\_\_\_\_ livello assistenziale \_\_\_\_\_

Richiesta di agevolazione tariffaria:  no  si

**Tipo di ammissione:**  Ricovero permanente  
 Ricovero temporaneo  
 altro \_\_\_\_\_

**Urgenza dell'ammissione:**  urgente  non urgente

**Tipo di alloggio:**  stanza singola  stanza doppia

L'assistenza avviene attualmente da parte:

di familiari  del servizio di assistenza domiciliare

di struttura ospedaliera  di altre strutture

Il sottoscritto/a dichiara:

- di essere a conoscenza che prima dell'ammissione verrà stipulato un corrispondente contratto di ospitalità;
- di conoscere ed accettare le condizioni generali per l'ammissione nella Residenza per anziani previste nella Carta dei Servizi nella versione attuale;
- di assicurare il pagamento della retta giornaliera a carico suo calcolata sulla base della propria situazione economica ai sensi del DPGP 11 agosto 2000, n. 30 e di impegnarsi al versamento della stessa;
- 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) e
- di essere informato che in caso di necessità può essere disposto uno spostamento interno.

----- o -----

### **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 della residenza per anziani si rivolge per informazioni e comunicazioni di qualsiasi genere.**

Persona di riferimento 1

**tutore**

**curatore**

**amministratore di sostegno**

\_\_\_\_\_

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ grado di parentela \_\_\_\_\_

residente in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Località \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_, cellulare \_\_\_\_\_

indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

Persona di riferimento 2

tutore .....  curatore .....  amministratore di sostegno .....  \_\_\_\_\_

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ grado di parentela \_\_\_\_\_

residente in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Località \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_, cellulare \_\_\_\_\_

indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

**Medico di base:**

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

**Eventuale medico specialista:**

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

**Firma del richiedente** \_\_\_\_\_

tutore ...  curatore .....  amministratore di sostegno .....  \_\_\_\_\_

----- o -----

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 \_\_\_\_\_

**(All'atto della sottoscrizione del contratto di ospitalità la presente richiesta di ammissione e le dichiarazioni in essa contenute deve essere firmata dal richiedente ovvero dall'amministratore di sostegno, curatore o tutore)**

----- o -----

### **Alla domanda viene allegata la seguente documentazione:**

- 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 della nomina del tutore/curatore/amministratore di sostegno (se inerente)
- Referto medico
- certificazione dell'invalidità civile (se certificata)
- copia dell'esito di inquadramento in un livello assistenziale
- dichiara di ricevere mensilmente € \_\_\_\_\_ come assegno di cura
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

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

L'assegnazione del posto avviene a seguito dello scorrimento della lista d'attesa. In caso di ricovero – prima dell'ingresso nella struttura – deve essere sottoscritto apposito contratto. La tariffa dovuta a carico dell'utente e del suo nucleo familiare dipende se la sistemazione è in stanza singola o in stanza doppia e dallo stato di non autosufficienza dell'assistito. Tale tariffa viene adeguata annualmente. Gli importi applicati vengono comunicati a seguito di semplice richiesta presso l'amministrazione della Residenza per anziani. Un foglio informativo Le viene consegnato nel corso del primo incontro o all'atto della presentazione della domanda.

**Gli assegni di cura della Provincia (LP 9/2007) vengono corrisposti dal mese successivo all'avvenuto inquadramento dell'assistito. Nel caso in cui non sia ancora stata presentata la relativa domanda, consigliamo di richiedere con urgenza l'inquadramento.**

**Il sottoscritto conferma, con la propria firma, di aver ricevuto il citato foglio informativo e di essere stato informato in merito alle rette praticate.**

Il richiedente e i famigliari tenuti al pagamento ai sensi del DPGP 30/2000 si impegnano a pagare per intero la tariffa dovuta ovvero a presentare domanda di agevolazione tariffaria al competente distretto sociale o competente comune ed a sostenere quindi la tariffa calcolata a proprio carico.

## **Famigliari:**

Nome, indirizzo_____
_____
Luogo/data di nascita, grado di parentela_____
tel_____ firma:_____

Nome, indirizzo_____
_____
Luogo/data di nascita, grado di parentela_____
tel_____ firma:_____

Nome, indirizzo_____
_____
Luogo/data di nascita, grado di parentela_____
tel_____ firma:_____

Nome, indirizzo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Luogo/data di nascita, grado di parentela \_\_\_\_\_  
tel \_\_\_\_\_ firma: \_\_\_\_\_

Nome, indirizzo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Luogo/data di nascita, grado di parentela \_\_\_\_\_  
tel \_\_\_\_\_ firma: \_\_\_\_\_

Nome, indirizzo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Luogo/data di nascita, grado di parentela \_\_\_\_\_  
tel \_\_\_\_\_ firma: \_\_\_\_\_

Nome, indirizzo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Luogo/data di nascita, grado di parentela \_\_\_\_\_  
tel \_\_\_\_\_ firma: \_\_\_\_\_

Nome, indirizzo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Luogo/data di nascita, grado di parentela \_\_\_\_\_  
tel \_\_\_\_\_ firma: \_\_\_\_\_

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 richiedente)

**La firma deve essere apposta davanti alla persona incaricata, in caso contrario dovrà essere allegata copia di un valido documento di identità del dichiarante.**

## DICHIARAZIONE

Il richiedente dichiara di aver ricevuto le informazioni sulle disposizioni di cui al D.Lgs. 196/2003 e autorizza la Residenza per anziani all'uso dei dati conferiti e/o personali per scopi istituzionali e organizzativi e in base alla normativa vigente. I dati forniti saranno trattati tenendo presenti le disposizioni indicate nella citata disposizione di legge e possono essere conferiti ad altri enti pubblici solamente per scopi istituzionali. Il sottoscritto conferisce il proprio assenso alla comunicazione e diffusione dei dati personali per gli scopi previsti da disposizioni di legge.

\_\_\_\_\_

(Data)

\_\_\_\_\_

(Firma richiedente)

Il dichiarante conferisce alla Residenza per anziani, ai sensi del capoverso sopraindicato relativo alle disposizioni di cui al D.Lgs 196/2003, l'autorizzazione alla elaborazione dei dati sensibili, compresi quelli relativi allo stato di salute, per gli scopi previsti da disposizioni di legge.

\_\_\_\_\_

(Data)

\_\_\_\_\_

(Firma richiedente)

**Tutte le espressioni, per ragioni di semplificazione, ricorrono in questo modulo al maschile. Nella Residenza per anziani Laives 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)

Prima dell'ammissione del richiedente, il Comune competente ne deve essere informato.

Nel caso di ammissioni nella residenza per anziani di persone residenti in Comuni fuori provincia prima dell'ammissione, il Comune competente deve essere ASSOLUTAMENTE informato PRIMA dell'accoglienza, ancora meglio sarebbe chiedere una garanzia di pagamento.

Nel caso di ammissioni nella residenza per anziani di persone residenti in comuni fuori provincia prima dell'ammissione, deve essere preventivamente contattato anche il Comprensorio sanitario competente.

L'ammissione di persone che non hanno ancora compiuto il 60. anno di età o che non sono in possesso della cittadinanza italiana, deve essere preventivamente concordata con il Servizio sociale competente.

## **INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. LGS. N. 196/2003 PER L'ASSISTENZA AGLI ANZIANI IN STRUTTURE RESIDENZIALI. Rinvio alla tutela dati**

La informiamo che il „codice sul trattamento dei dati personali” ai sensi del D.Lgs 30.06.2003, n. 196 prevede la tutela della riservatezza dei dati, concernenti persone e altri soggetti. I dati personali vengono raccolti ed elaborati da questa amministrazione esclusivamente per adempimenti connessi all'attività istituzionale.

### **Finalità dell'elaborazione dati**

La raccolta dei dati personali viene effettuata ed elaborata nell'ambito della normale attività amministrativa ed è finalizzata allo svolgimento dei compiti istituzionali, tecnico-amministrativi o contabili ovvero per scopi connessi con l'esercizio dei diritti e competenze conferiti ai cittadini e amministratori.

### **Elaborazione dei dati sensibili**

L'elaborazione riguarda anche i seguenti dati sensibili nell'ambito dell'assistenza agli anziani nelle strutture residenziali (documentazione di assistenza e cura con dati sanitari delle residenze) a sensi della seguente normativa: LP n. 13/1991 ed in particolare art.10, art.9 della LP 77/1973, nonché D.P.G.P. n. 17/1974.

### **Modalità del trattamento**

In relazione alle indicate finalità, il trattamento dei dati personali avviene mediante strumenti manuali, e/o informatici e telematici con logiche strettamente correlate alle finalità stesse e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi nel rispetto della citata legge.

La **comunicazione dei dati** è obbligatoria ai fini dello svolgimento delle attività istituzionali.

La **mancata comunicazione dei dati** ha la 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 di pubbliche amministrazioni, aziende ed istituzioni), obbligati alla conoscenza dei dati ai sensi delle vigenti disposizioni, o agli incaricati che possono venirne a conoscenza, ovvero a quelle persone, titolari del diritto di accesso agli atti.

I dati possono essere portati a conoscenza del titolare, del responsabile, dell'incaricato per l'elaborazione dei dati personali e dell'amministratore di sistema di questa amministrazione.

Fatte salve altre disposizioni, i diritti della persona interessata sono i seguenti (art. 7 D.Lgs n. 196/2003):

- la conferma dell'esistenza dei dati che lo riguardano
- la comunicazione degli stessi in forma comprensibile;
- della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
- 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;
- l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
- il titolare ha il diritto di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati.

**Titolare dell'elaborazione dati è la scrivente Amministrazione.** Il responsabile del trattamento, designato ai sensi dell'art. 7 e succ. del citato Decreto Legislativo all'elaborazione dei ricorsi presentati, è l'Associazione per i servizi sociali Laives, Tel. 0471/954501 .