

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 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
- dichiara di ricevere mensilmente € _____ come assegno di cura
- Copia dell'ultima certificazione CUD e del cedolino della pensione
- Mandato per addebito diretto SEPA
- Bonifico bancario della caparra
- _____
- _____

DOMANDA DI AMMISSIONE NELLA RESIDENZA PER ANZIANI

Altersheim Fondazione Griesfeld
Via Val di Fiemme 41
I-39044 Egna
Telefono: 0471 826 100
Fax: 0471 826 300
E-mail: info@griesfeld.it

Responsabile tecnico assistenziale
Plaickner Sonja
Telefono: 0471 826 340
Cell.: 392 6226160
E-mail: sonja.plaickner@griesfeld.it

La domanda di ammissione è inoltrata per la 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 in via _____ n. _____
Residenza anagrafica _____ c.a.p. _____
Tel. _____, cellulare _____ indirizzo e-mail _____
Assegno di cura: richiesto no sì, il _____ livello assistenziale _____
Richiesta di agevolazione tariffaria no sì, il _____

chiede l'ammissione nella Residenza per anziani

- Griesfeld Egna Lisl-Peter Montagna

Tipo di ammissione: Ricovero permanente (*) Ricovero temporaneo
 (*) Assistenza diurna (*) Centro diurno
 (*) Ricovero di transito (*) Accompagnamento abitativo
 (*) Un „altro“ vivere - un'assistenza particolare per persone con demenza

Urgenza dell'ammissione: urgente non urgente
Tipo di alloggio richiesto: stanza singola stanza doppia
 Linea telefonica

(*) Le ulteriori informazioni necessarie verranno rilevate con apposito modulo

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 _____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)**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 familiari tenuti al pagamento ai sensi del DPGP 30/2000 s'impegnano a pagare per intero la tariffa dovuta ovvero a presentare domanda di agevolazione tariffaria al competente distretto sociale o competente comune e a sostenere quindi la tariffa calcolata a proprio carico.

Nome und Cognome	Telefono	Grado di parentela	Firma
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

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 del dichiarante)**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 del dichiarante)

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 del dichiarante)

Tutte le espressioni, per ragioni di semplificazione, ricorrono in questo modulo al maschile. Nella Residenza per anziani **Griesfeld A.P.S.P.** si fa esplicito riferimento al principio di parità di trattamento tra donne e uomini.

CONSENSO PER LA PUBBLICAZIONE DI FOTO E REGISTRAZIONI VIDEO:

Informiamo in modo chiaro che durante lo svolgimento di corsi e/o altri eventi collaboratori autorizzati dalla nostra Azienda eseguiranno foto di gruppo e/o di singoli in forma digitale e anche registrazioni video dei partecipanti e dei referenti. Queste foto e registrazioni sono impiegate, pubblicate e diffuse esclusivamente nell'ambito dell'attività della nostra Azienda (per esempio sotto forma di dépliant, brochure informative e pubblicitarie e pagine internet dell'azienda).

Con la mia firma confermo di aver preso atto delle informazioni sopraindicate e autorizzo Griesfeld A.P.S.P. all'uso gratuito delle foto e dei filmati per gli scopi sopraccitati.

(Data)

(Firma del dichiarante)

Dati bancari e allegati alla domanda:

Le fatture emesse mensilmente vanno recapitate a:

soggetto privato

Cognome e nome _____

Residente in via _____ n. _____

Località _____ C.a.p. _____

Banca _____ **Filiale** _____

Coordinate bancarie IBAN (ordine permanente) _____

Consigliamo di attivare un ordine RID per il pagamento della fattura della struttura. Un ordine permanente presso un'unica banca consente inoltre l'incasso dell'assegno di cura e l'esecuzione affidabile e non burocratica dei pagamenti.

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 permanente – prima dell'ingresso nella struttura – deve essere sottoscritto il contratto "ospite- struttura". 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 è adeguata annualmente. Gli importi applicati sono 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) sono corrisposti dall'Agenzia per lo sviluppo sociale ed economico che provvede a effettuare il primo pagamento entro massimo due mesi. Questo primo pagamento è retroattivo al mese successivo alla data di presentazione della domanda. Nel caso in cui non sia ancora stata presentata la relativa domanda, consigliamo di richiedere con urgenza l'inquadramento.