



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
- Mandato per addebito diretto SEPA
- Bonifico bancario della caparra
- Informativa all'interessato in relazione al trattamento dei dati personali art. 13 Regolamento europeo 16/679
- _____

DOMANDA DI AMMISSIONE NELLA RESIDENZA PER ANZIANI




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

Responsabile del processo di inserimento
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). In seguito le denominazioni maschili di persone si riferiscono ad entrambi i sessi.

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 si, il _____ livello assistenziale _____
Richiesta di agevolazione tariffaria no si, il _____

chiede l'ammissione nella Residenza per anziani

- Griesfeld Egna 
- Lisl-Peter Montagna 
- Casa degli Anziani 
- Casa Malayer 

- Tipo di ammissione:**
- Ricovero permanente Ricovero temporaneo
 - (*) Assistenza diurna (*) 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)



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.			

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 documento di identità del dichiarante.



Pubblicazione di foto, registrazione video del nome e cognome e della data di nascita

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

➤ Il sottoscritto _____

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 dèpliant, brochure informative e pubblicitarie, sito internet aziendale e social network), contenenti la propria immagine per i fini indicati nell'informativa;

_____ autorizza il titolare del trattamento a poter comunicare **i dati relativi al proprio stato di salute** ai soggetti di seguito elencati:

La presente dichiarazione viene rilasciata sino revoca.

(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 SEPA per il pagamento della fattura della struttura.

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.