

ATTIVAZIONE

DOMANDA PER IL RICOVERO NELLE STRUTTURE DEL CONSORZIO-AZIENDA CENTRO RESIDENZIALE DI CURA MEDIA PUSTERIA (Brunico – Valdaora)

Faccio riferimento alla domanda per il ricovero nelle strutture del consorzio-azienda centro residenziale di cura Media Pusteria datata _____ 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 _____ E-mail _____

Assegno di cura richiesto no sì, il _____ livello assistenziale ____

Richiesta di agevolazione tariffaria no sì, il _____

Indennità di accompagnamento no sì, il _____

Titolare di analoghe agevolazioni estere no sì, quali _____

Codice Sanit. _____ Esenzione ticket (codice) _____

e **chiedo l'attivazione** della domanda per i seguenti motivi: _____

Il sottoscritto dichiara:

- di essere a conoscenza che prima dell'ammissione nella Residenza per anziani verrà sottoscritto il relativo contratto ospite-struttura;
- 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 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 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 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 essere informato che in caso di necessità può essere disposto uno spostamento interno.
- di autorizzare la Residenza per anziani a informare per iscritto i propri 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 alla Residenza stessa i dati a tal fine necessari;
- di essere informato che, in caso di sopravvenute esigenze particolari di cura e assistenza, potrà essere accolto, per il tempo necessario, all'interno della forma di assistenza specifica corrispondente, anche in un'altra residenza per anziani e quindi dimesso;
- 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 nella struttura devono essere presentati anche altri documenti.

Al momento della sottoscrizione del contratto, il versamento di una cauzione può essere richiesto all'ospite o ai familiari alla compartecipazione tariffaria, che corrisponde almeno alla tariffa base mensile stabilita dalla rispettiva Residenza per anziani e che non può superare due mensilità.

Tutte le altre dichiarazioni fatte nella domanda per il ricovero nelle strutture del consorzio-azienda centro residenziale di cura Media Pusteria del _____ restano valide.

Firma del dichiarante _____
(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)

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.

1. Persona di riferimento

tutore curatore amministratore di sostegno _____

Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale _____ grado di parentela _____

residente in via _____ n. _____

Località _____ c.a.p. _____

Tel.: _____, Cellulare _____ E-mail _____

2. Persona di riferimento

tutore curatore amministratore di sostegno _____

Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale _____ grado di parentela _____

residente in via _____ n. _____

Località _____ c.a.p. _____

Tel.: _____, Cellulare _____ E-mail _____

Medico di base:

Cognome e nome _____

Tel. _____ E-mail _____

Eventuale medico specialista:

Cognome e nome _____

Tel. _____ E-mail _____

Si consiglia di attivare un ordine permanente (SEPA) per il pagamento delle fatture della Residenza per anziani.

Destinatario della fattura è: persona da accogliere persona di riferimento _____

cognome		nome	
nato il	a		
residente in via			n.
località			c.a.p.
codice fiscale			grado di parentela

Alla domanda viene allegata la seguente documentazione

- scheda di valutazione medica (valutazione sanitaria)
- scheda di valutazione sociale
- copia di un documento di identità e codice fiscale del richiedente (se modificato)
- copia di documento di identità e codice fiscale della persona di riferimento (se modificato)
- 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 (se modificato)
- _____