



Blindenzentrum St. Raphael ONLUS
Zentrum für Blinde und Sehbehinderte/ Centro per ciechi ed ipovedenti
Schießstandweg/Vicolo Bersaglio 36 I-39100 Bozen/Bolzano
Tel. 04 71 - 44 23 23 Fax 04 71 - 44 23 00
www.blindenzentrum.bz.it - info@blindenzentrum.bz.it

MwSt. Nr./Partita IVA 00586160210

Domanda di ammissione a tempo determinato e semiresidenziale nella Residenza per anziani
BLINDENZENTRUM ST. RAPHAEL

La domanda di ammissione a tempo determinato viene inoltrata per la seguente persona:

Cognome _____ Nome _____

Cognome acquisito _____

Stato civile celibe coniugato vedova/o _____

Codice fiscale _____

Cittadinanza _____

Nato/a il _____, a _____

Residente in via _____ n. _____

Località _____ c.a.p. _____

Tel. _____, cellulare _____ indirizzo e-mail _____

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

Titolare di indennità di accompagnamento: no sì

Titolare di analoghe agevolazioni estere: no sì, quali _____

Medico di base:

Cognome e nome _____

chiede l'ammissione al seguente servizio:

Tipologia di ammissione Ricovero temporaneo Ricovero transitorio Centro diurno

Assistenza durante il fine settimana Assistenza notturna Proroga

Per il periodo dal _____ al _____

Il sottoscritto/La sottoscritta dichiara:

- di conoscere ed accettare le condizioni generali per l'ammissione nella Residenza per anziani previste in _____ o nel prospetto informativo nella versione attuale;
- di pagare l'intera retta giornaliera o tariffa (tariffa base);
- 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 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 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 informato/a che in caso di necessità, previa informativa motivata all'ospite e alla persona di riferimento, può essere disposto uno spostamento interno di stanza o un trasferimento in un'altra struttura;
- di terminare in ogni caso il soggiorno alla data indicata, anche in caso di sopravvenute mutate condizioni (ad es. malattia) o mutata situazione;
- 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 in struttura devono essere presentati anche altri documenti.

Per la prenotazione di un posto letto deve essere versata una cauzione e la prenotazione stessa si perfeziona solo a seguito del relativo versamento. La cauzione per la prenotazione è detratta dall'importo della prima fattura. In caso di rinuncia al posto letto, essa verrà rimborsata al più tardi trenta giorni prima del giorno concordato per l'ammissione. Se la rinuncia avviene dopo tale termine, la cauzione verrà rimborsata solo per motivi validi e comprovabili.

IBAN: _____

fino ad una settimana € _____ oltre una settimana € _____.

La cauzione verrà rimborsata sul conto della sig.ra/del sig.:

IBAN:

La persona di riferimento è l'interlocutore al quale il personale della Residenza per anziani si rivolge per informazioni e comunicazioni.

1. Persona di riferimento tutore curatore amministratore di sostegno

Cognome e nome _____

nato/a il _____, a _____

codice fiscale _____ grado di parentela _____

residente in via _____ n. _____

località _____ c.a.p. _____

tel. _____, cellulare _____

indirizzo e-mail _____

Destinatario/a della fattura è: persona da accogliere persona di riferimento

Data	Firma
------	-------

tutore curatore amministratore di sostegno _____

o (se pertinente)

coniuge

figlio / figlia (in assenza del coniuge)

parente (in assenza del coniuge e di figli)

ai sensi dell'art. 4 del D.P.R. n. 445/2000 si dichiara che per motivi di salute la persona da accogliere non è temporaneamente in grado di firmare la domanda e le dichiarazioni in essa contenute.

Data	Firma
------	-------

Impegnativa al pagamento:

Signora/Signor:

Cognome e nome _____

nato/a il _____, a _____

codice fiscale _____, grado di parentela _____

residente in via _____ n. _____

località _____ c.a.p. _____

si impegna a provvedere al pagamento dei costi di ricovero della signora/del signor _____ e dichiara che informerà i familiari obbligati al pagamento ai sensi del D.P.G.P. n. 30/2000 della fruizione del servizio a tempo determinato o semiresidenziale, affinché questi possano eventualmente richiedere un'agevolazione tariffaria presso il Distretto sociale o il Comune competente, secondo quanto previsto dal medesimo decreto.

Data	Firma
------	-------

Allegati:

copia di un documento di identità e codice fiscale della persona da accogliere, della sottoscritta/del sottoscritto e della persona che sottoscrive l'impegnativa al pagamento

copia dell'esito dell'inquadramento in un livello assistenziale o attestazione relativa all'indennità di accompagnamento percepita

copia della nomina del tutore/curatore/amministratore di sostegno (se nominato)

attestazione relativa ad analoghe agevolazioni estere percepite

Dichiarazione e consenso in base al Regolamento generale sulla protezione dei dati

Cognome	Nome
---------	------

Nato/a a	il
----------	----

Trattamento dei dati personali:

Il sottoscritto/La sottoscritta dichiara di aver ricevuto le informazioni sulle disposizioni di cui al Regolamento generale sulla protezione dei dati e autorizza la Residenza per anziani 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.

Il sottoscritto/La sottoscritta ha ricevuto le informazioni sulle disposizioni di cui al Regolamento generale sulla protezione dei dati:

Sì

No

Il sottoscritto/La sottoscritta autorizza la Residenza per anziani all'utilizzo dei dati personali:

Sì

No

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 Residenza per anziani, 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 Residenza per anziani, 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/convidenti/medico della Residenza per anziani o medico di fiducia (nome e cognome, eventuale numero di telefono):

--

--

--

Sì

No

Informazione circa la presenza dell'ospite nella Residenza per anziani:

Il sottoscritto/La sottoscritta conferisce, fino a revoca, alla Residenza per anziani, l'autorizzazione a comunicare a terzi la propria presenza nella struttura:

Sì

No

Sì, eccetto a (indicare nome e cognome)

Autorizzazione all'esposizione del nome, alla pubblicazione di foto e alla comunicazione della data di nascita:

Il sottoscritto/La sottoscritta conferisce, fino a revoca, alla Residenza per anziani, l'autorizzazione ad esporre il proprio nome alla porta della propria stanza, a pubblicare foto all'interno della Residenza stessa e a rendere nota la propria data di nascita (età):

Nome
 Sì No

Foto
 Sì No

Comunicazione della data di nascita
 Sì No

Data	Firma
------	-------

oppure (se pertinente):

tutore curatore amministratore di sostegno

secondo quanto previsto dagli articoli 6 e 9 del Regolamento generale sulla protezione dei dati, firma di chi esercita legalmente la potestà: se la persona da accogliere non è in grado di firmare, il consenso può essere prestato dal tutore, curatore, amministratore di sostegno, da un prossimo congiunto, da un familiare, da un convivente (partner) o, in loro assenza, dal/dalla responsabile della struttura.

Data	Firma
------	-------

*Il presente modulo è stato redatto nel rispetto del linguaggio di genere, fatta eccezione per alcuni termini riportati solo al maschile. Si fa presente che nella Residenza per anziani **Blindenzentrum St. Raphael** vige il principio della parità di genere.*

INFORMATIVA AI SENSI DEGLI ARTICOLI 13 E 14 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 venire 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*.

Dati di contatto: Blindenzentrum St. Raphael

Tel: 0471 44 23 23

Fax: 0471 44 23 00

E-mail: info@blindenzentrum.bz.it

L-Pec: blindenzentrum@pec.it

La persona responsabile per l'elaborazione dei ricorsi presentati ai sensi del Regolamento generale sulla protezione dei dati 2016/679 è il legale rappresentante *pro tempore*.

Informazioni sul responsabile protezione dati (RPD)

Dati di contatto:

Securexpert srl

persona di riferimento: Stephan Kerschbaumer

Via Cappelle 22

39040 Salorno (BZ)

Indirizzi E-mail dedicati: Stephan.kerschbaumer@ifkconsulting.com