SENIORENWOHNHEIM INNICHEN · RESIDENZA PER ANZIANI SAN CANDIDO
STIFTUNG/FONDAZIONE HANS MESSERSCHMIED

Informazioni: Telefono 0474 914274
E-Mail info@seniorenwohnheim-innichen.it

Domanda di ammissione – 2025

☐ **Ricovero permanente** ☐ **Ricovero temporaneo dal _____ al _____**

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 _____ CAP _____

Tel. _____, cellulare _____ indirizzo e-mail _____

Assegno di cura: richiesto ☐ no ☐ si, il _____ livello assistenziale _____

Richiesta di agevolazione tariffaria ☐ no ☐ si, il _____

Urgenza dell'ammissione: ☐ urgente ☐ non urgente

Tipo di alloggio: ☐ stanza singola ☐ stanza doppia

L'assistenza avviene attualmente da parte: ☐ di famigliari ☐ del servizio di ass. domiciliare
☐ di struttura ospedaliera ☐ di altre strutture

Medico di base: _____

Associato alla Croce Bianca: ☐ no ☐ si

Il sottoscritta/o 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 del servizio nella versione attuale;
- di pagare l'intera retta giornaliera o tariffa (tariffa base) o comunque di assicurarne il pagamento;
- 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 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/a che, in caso di sopravvenute esigenze particolari di cura e assistenza, potrà essere accolto/a, per il tempo necessario, all'interno della forma di assistenza specifica corrispondente, anche in un'altra residenza per anziani e quindi dimesso/a;
- 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, l'ospite o i familiari obbligati alla compartecipazione tariffaria versano una cauzione, che corrisponde almeno alla tariffa base mensile stabilita dalla rispettiva Residenza per anziani e che non può superare due mensilità.
In caso di necessità, la Residenza per anziani si riserva il diritto, previa informativa motivata all'ospite e alla persona di riferimento, di disporre uno spostamento interno di stanza o un trasferimento in un'altra struttura.

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 _____ (grado di parentela) che il richiedente per motivi di salute non è temporaneamente in grado di firmare la domanda e le dichiarazioni in essa contenute.

Data: _____ Firma: _____

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.

☐ **tutore** ☐ **curatore** ☐ **amministratore di sostegno** ☐ **persona di riferimento**

Cognome e nome _____

Codice fiscale_____ grado di parentela _____

residente in via _____ n. _____

Località _____ CAP _____

Tel. _____, cellulare _____

indirizzo e-mail _____

☐ **tutore** ☐ **curatore** ☐ **amministratore di sostegno** ☐ **persona di riferimento**

Cognome e nome _____

Codice fiscale_____ grado di parentela _____

residente in via _____ n. _____

Località _____ CAP _____

Tel. _____, cellulare _____

indirizzo e-mail _____

Allegati alla domanda

☐ valutazione medica (ad es. questionario allegato, referto, certificato)

☐ copia del "libretto verde Cassa di Malattia" (codice sanitario ed esenzioni ticket)

☐ 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

☐ _____

Ingresso nella struttura, impegnativa al pagamento e riferimenti normativi:

L'assegnazione del posto in struttura avviene in base all'ordine della lista d'attesa. Prima dell'ingresso nella struttura deve essere sottoscritto il contratto "ospite- struttura". Questo contratto definisce i diritti e i doveri delle parti coinvolte e garantisce trasparenza riguardo alle singole prestazioni offerte. La tariffa (tariffa base) a carico della persona assistita e dei suoi nuclei familiari è differente a seconda che si tratti di sistemazione in stanza singola o in stanza doppia. Tale tariffa (tariffa base) viene adeguata annualmente. Le tariffe (tariffe base) in vigore Le vengono comunicate a seguito di semplice richiesta presso l'Amministrazione della Residenza per anziani. Un apposito foglio informativo Le verrà consegnato nel corso del primo incontro o all'atto della presentazione della domanda.

L'assegno di cura/L'indennità di accompagnamento erogato/a dalla Provincia non viene più corrisposto/a direttamente alla persona assistita a decorrere dal mese successivo all'avvenuta ammissione a tempo indeterminato.

Il sottoscritto/La sottoscritta conferma, con la propria firma, di aver ricevuto il citato foglio informativo e di essere stato informato/stata informata in merito ai costi della Residenza per anziani.

Si dichiara che la persona da accogliere ha i seguenti familiari obbligati al pagamento ai sensi del D.P.G.P. n. 30/2000 (coniuge o equiparati, figli e genitori) e che questi sono informati circa i loro obblighi.

I sottoscritti si obbligano a pagare per intero la tariffa (tariffa base) o a presentare domanda di agevolazione tariffaria presso il Distretto sociale o Comune competente e a pagare la tariffa così calcolata.

Cognome e Nome	*Data di nascita*	*Luogo di nascita*	*Firma*
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

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 dichiarante)

Dichiarazione:

Il sottoscritto/La sottoscritta dichiara di aver ricevuto le informazioni sulle disposizioni di cui al regolamento (UE) 2016/679, di seguito denominato 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.

_____ _____

(Data) (Firma dichiarante)

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

☐ Sì ☐ No

c) 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

d) 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 e a rendere nota la propria data di nascita (età):

Nome	Foto	Comunicazione data di nascita
☐ Sì ☐ No	☐ Sì ☐ No	☐ Sì ☐ No

_____ _____

(Data) (Firma del dichiarante)

Tutte le espressioni, per ragioni di semplificazione, ricorrono in questo modulo al maschile. Nella Residenza per anziani San Candido 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 della persona nella struttura, il Comune competente ne deve essere informato.

Nel caso di ammissioni nella Residenza per anziani di persone che prima dell'ammissione risiedevano in Comuni fuori provincia di Bolzano, il Comune competente deve ASSOLUTAMENTE essere informato PRIMA riguardo all'accoglienza. Ancora meglio sarebbe chiedere una impegnativa al pagamento da parte dello stesso. Inoltre deve essere preventivamente contattato il comprensorio sanitario competente.

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

INFORMATIVA AI SENSI DEGLI ARTICOLI 13 E 14 DEL 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/quater, 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 venirne 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.
Residenza per anziani Fondazione "Hans Messerschmied APSP", Via Prato n. 4, 39038 San Candido (BZ)
Tel. 0474/914274, Fax 0474/916313,
E-Mail: info@seniorenwohnheim-innichen.it; L-Pec: residenzaperanziani.sancandido@legalmail.it

La persona responsabile per l'elaborazione dei ricorsi presentati ai sensi del Regolamento generale sulla protezione dei dati è il direttore pro tempore.

Informazioni sul responsabile protezione dati (RPD - DPO)
PSY-LEX Srl, Via Huben n. 1, 39030 San Lorenzo di Sebato (BZ) – referente per il responsabile: Dott. Armin Wieser
E-Mail dedicata: datenschutz@arminwieser.ch; PEC: *psy-lex*@legalmail.it

Foglio informativo 2025

Retta giornaliera 2025

Ricovero permanente: **stanza singola Euro 63,80 al giorno**
stanza doppia Euro 60,20 al giorno

Ricovero temporaneo:

stanza singola	cat. 0	cat. 1	cat. 2	cat. 3	cat. 4
tariffa base	63,80 €	63,80 €	63,80 €	63,80 €	63,80 €
assegno di cura	0,00 €	19,31 €	29,59 €	44,38 €	59,18 €
totale retta giornaliera	63,80 €	83,11 €	93,39 €	108,18 €	122,98 €

stanza doppia	cat. 0	cat. 1	cat. 2	cat. 3	cat. 4
tariffa base	60,20 €	60,20 €	60,20 €	60,20 €	60,20 €
assegno di cura	0,00 €	19,31 €	29,59 €	44,38 €	59,18 €
totale retta giornaliera	60,20 €	79,51 €	89,79 €	104,58 €	119,38 €

- Il giorno di accettazione ed il giorno di dimissione vengono fatturati.
- I giorni di assenza vengono fatturati secondo le disposizioni della deliberazione della giunta provinciale.

La tariffa base si riduce, se a seguito di un calcolo il risultato prevede il sostegno finanziario da parte del comune di residenza. Il calcolo della tariffa agevolata si effettua per gli abitanti di San Candido, Sesto e Dobbiaco presso il Distretto Sociale Alta Pusteria – Servizio assistenza economica sociale, Via Prato 6, 39038 San Candido (1° piano).
Si consiglia di fissare un appuntamento con la responsabile del servizio, Sig.ra Iris Lanzinger (tel. 0474 919906, iris.lanzinger@bzgpust.it)

Cauzione

Prima del ricovero permanente l'ospite ed i familiari obbligati alla compartecipazione ai sensi del D.P.G.P. n. 30/2000, devono corrispondere alla Residenza per anziani una somma pari a 60 giorni della tariffa base a carico dell'ospite e dei familiari:

IBAN IT 51 L 03493 11600 000302027283 (Cassa Centrale Raiffeisen)
intestato a Azienda Pubblica di Servizi alla Persona "Fondazione Hans Messerschmied"

Per la copertura di fatture, che al momento della dimissione dell'ospite risultano non saldate, la Residenza per anziani è autorizzata a trattenere la cauzione. Eventuali importi residui verranno restituiti dal gestore agli aventi diritto entro 30 giorni dalla dimissione.

ÄRZTLICHES ZEUGNIS FÜR DIE AUFNAHME IN EIN ALTERSHEIM

ATTESTATO MEDICO PER L'AMMISSIONE IN UNA CASA DI RIPOSO

des Herrn/der Frau _____
del sig./della sig.ra

geb. am _____ in _____
nato/a il a

wohnhaft in _____
residente a

Diagnose: _____
Diagnosi:
_____

Infektionskrankheiten: _____
Malattie infettive:
_____

Allergien: _____
Allergie:
_____

Körperlicher und geistiger Zustand – Condizioni fisiche e psichiche

Herz- und Kreislauf _____
Cuore e sistema circolatorio

Sehvermögen _____
Capacità visiva

Hörvermögen _____
Capacità uditiva

Gehfähigkeit _____
Capacità di deambulazione

Körperliche Behinderungen _____
Handicap fisici

Geistige Behinderungen _____
Handicap psichici

Sprachstörungen _____
Disturbi afasici

Niedergeschlagenheit, Depression _____
Stati di tristezza, depressioni

Auffällige Verhaltensweisen _____
Disturbi nel comportamento

Unruhe tagsüber/nachts _____
Agitazione durante il giorno/la notte

Aktivität bei Tag _____
Attività durante la giornata

Zeitlich orientiert Orientamento nel tempo	☐ immer sempre	☐ nicht immer non sempre	☐ ie ıai	
Örtlich orientiert Orientamento nello spazio	☐ immer sempre	☐ nicht immer non sempre	☐ ie ıai	
Gedächtnis Memoria	☐ normal normale	☐ Gedächtnislücken qualche amnesia	☐ erinnert sich an nichts non ricorda nulla	
Bettlägrigkeit Degenza a letto	☐ nie mai	☐ selten raramente	☐ häufig spesso	☐ auernd empre
Harninkontinenz Incontinenza urinaria	☐ nie mai	☐ selten raramente	☐ häufig spesso	☐ auernd empre
Stuhlinkontinenz Incontinenza delle feci	☐ nie mai	☐ selten raramente	☐ häufig spesso	☐ auernd empre

Benötigte Hilfe bei:
Necessità di aiuto per:

Gehen Deambulazione	☐ keine nessuno	☐ wenig poco	☐ viel molto
Treppensteigen Fare le scale	☐ keine nessuno	☐ wenig poco	☐ viel molto
Essen Mangiare	☐ keine nessuno	☐ wenig poco	☐ viel molto
Aufstehen / Zu-Bett-Gehen Alzarsi / Andare a letto	☐ keine nessuno	☐ wenig poco	☐ viel molto
An- und Ausziehen Vestirsi e svestirsi	☐ keine nessuno	☐ wenig poco	☐ viel molto
Körperhygiene Igiene personale	☐ keine nessuno	☐ wenig poco	☐ viel molto
Benützung der Toilette Uso del WC	☐ keine nessuno	☐ wenig poco	☐ viel molto

Erforderliche Diät: _____
Dieta richiesta:

Medikamente: _____
Farmaco – terapia:

_____

Weitere wichtige Bemerkungen: _____
Altre osservazioni importanti:

_____

_____

Der Patient ist ☐ selbständig ☐ teilweise pflegebedürftig ☐ schwer pflegebedürftig
Il paziente è autosufficiente parzialmente non autosufficiente gravemente non autosufficiente

_____ _____
Datum – data Unterschrift - firma