

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

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  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) \_\_\_\_\_

**Tipo di ammissione:**

☐ Ricovero permanente

☐ Ricovero temporaneo    dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

☐ Ricovero transitorio    dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

☐ Assistenza diurna nel centro diurno per anziani a Brunico

☐ Assistenza diurna integrata nel centro residenziale a Valdaora

**SOLO PER IL RICOVERO NEL CENTRO D'ASSISTENZA DIURNA / ASSISTENZA DIURNA INTEGRATA**

**Per questa forma d'assunzione la domanda viene fatta alla Comunità comprensoriale Valle Pusteria, Vicolo dei Frati 1, casa Innerhofer, 39031 Brunico.**

Il richiedente chiede l'ammissione per i seguenti giorni:

LU	MA	ME	GIO	VE	dalle ore <input type="text"/> alle ore <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	assistenza diurna prolungata dalle ore 8.00 alle ore 18.00 con pranzo e cena
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	assistenza giornaliera normale dalle ore 8.00 alle ore 16.00 con pranzo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	assistenza per mezza giornata dalle ore 8.00 alle ore 13.00 con pranzo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	assistenza per mezza giornata dalle ore 11.00 alle ore 16.00 con pranzo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	assistenza per mezza giornata dalle ore 13.00 alle ore 18.00 con cena

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.

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 (SOLO PER LA DOMANDA RICOVERO PERMANENTE)
- ☐ 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'invaliderità 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 conferma, con la propria firma, di aver ricevuto il citato foglio informativo e di essere stato informato 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.

Persone obbligati al pagamento (coniuge o equiparati, figli e genitori)

Nome e cognome	Data di nascita	Luogo di nascita	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, e successive modifiche, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

Letto, confermato e sottoscritto.

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(firma dichiarante)

# **Dichiarazione**

## **Tutela della privacy**

### **Informativa ai sensi dell'art. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679**

Desideriamo informarla che il Regolamento UE 2016/679 prevede la tutela della riservatezza dei dati personali relativi a persone fisiche.

#### **Finalità del trattamento dei dati e trattamento di categorie particolari di dati personali**

Per poter inserire la Sua domanda di ammissione nella nostra lista d'attesa abbiamo bisogno di conoscere e di trattare alcuni dei Suoi dati personali (nome, cognome, data di nascita e residenza). Per poter rilevare i punti della Sua domanda di ammissione e poter successivamente inserire la Sua domanda di ammissione nella graduatoria della nostra lista d'attesa abbiamo bisogno di avere informazioni sulla Sua vita familiare e sociale nonché di conoscere dati relativi al Suo stato di salute. Non trattiamo i Suoi dati personali per motivi di marketing.

#### **Modalità**

I Suoi dati personali vengono trattati sia su supporti cartacei che informatici, nel rispetto delle misure di sicurezza tecniche ed organizzative previste dal Regolamento UE in materia di protezione dei dati personali ed attraverso procedure adeguate a garantire la riservatezza degli stessi.

I Suoi dati personali non saranno trattati mediante processi decisionali automatizzati.

#### **Durata del trattamento e periodo di conservazione**

I Suoi dati personali saranno trattati per tutto il periodo per il quale Lei desidera mantenere la Sua domanda di assunzione nella nostra lista d'attesa e saranno conservati successivamente per un periodo di 10 anni, salvo diversa e specifica disposizione normativa.

#### **Obbligatorietà del conferimento e conseguenze di un rifiuto**

Si precisa che la comunicazione dei Suoi dati personali è facoltativa. Tuttavia, senza i Suoi dati personali comuni (nome, cognome, data di nascita e residenza) non ci è possibile inserire la Sua domanda nella nostra lista d'attesa. Senza i dati richiesti nella nostra domanda di assunzione che danno informazione sulla Sua vita familiare e sociale ovvero sul Suo stato di salute non ci è possibile inserire la Sua domanda nella graduatoria della nostra lista d'attesa.

#### **Comunicazione, diffusione e trasferimento dati**

I Suoi dati possono essere comunicati a tutti i soggetti (Uffici, Enti ed Organi della Pubblica Amministrazione, Aziende o Istituzioni) che, secondo le norme vigenti, sono tenuti a conoscerli, nonché ai soggetti che siano titolari del diritto di accesso. I Suoi dati non saranno trasferiti verso Paesi Terzi o organizzazioni internazionali extra UE. I Suoi dati vengono trattati dal titolare, dai membri del consiglio di amministrazione, dai dipendenti dell'amministrazione, dalla direzione (nella qualità di responsabile del trattamento) e dal responsabile tecnico assistenziale del Consorzio-azienda Centro residenziale di cura Media Pusteria nella loro qualità di incaricati interni del trattamento e dall'amministratore di sistema.

### **Accesso ai dati**

I Suoi dati potranno essere resi accessibili a Lei e alle persone da Lei indicate nella voce “persona di riferimento”.

### **Diritti relativi al trattamento dei Suoi dati personali**

I Suoi diritti relativi al trattamento dei Suoi dati personali sono:

- diritto di revocare il Suo consenso in qualsiasi momento. La revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca;
- diritto di accesso ai dati personali, di rettifica e/o cancellazione degli stessi, di limitazione o di opposizione al loro trattamento, di trasformazione dei dati in forma anonima;
- diritto di proporre reclamo a un'autorità di controllo;
- diritto di richiedere la conferma dell'esistenza o meno dei dati che La riguardano;
- diritto di ottenere la loro comunicazione in forma intelligibile;
- diritto di richiedere di conoscere l'origine dei dati personali, le finalità e modalità del trattamento, la logica applicata se il trattamento è effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici.

### **Modalità di esercizio dei diritti**

Potrà in qualsiasi momento esercitare i Suoi diritti:

- inviando una raccomandata con avviso di ricevimento al Consorzio-azienda Centro residenziale di cura Media Pusteria, Via Goethe 15, 39031 Brunico (BZ);
- inviando una E-mail all'indirizzo DPOpec@legalmail.it - all'attenzione del Responsabile della Protezione dei dati, il signor Pietro Lanzetta;
- presentare un reclamo all'Autorità Garante.

### **Informazioni sul Titolare del trattamento dati**

Il Titolare del trattamento dei dati è il Consorzio-azienda Centro residenziale di cura Media Pusteria, nella figura del legale rappresentante *pro tempore*.

Dati di contatto: Consorzio-azienda Centro residenziale di cura Media Pusteria, Via Goethe 15, 39031 Brunico (BZ); Tel. 0474 412600; Fax 0474 412368; E-mail: info@casadiriposo-brunico-valdaora.it;

PEC: brunaltpec@legalmail.it.

**Il Responsabile che evade i reclami presentati ai sensi del Regolamento UE 2016/679 è il direttore *pro tempore*.**

### **Informazioni sul Responsabile Protezione Dati (RPD)**

Dati di contatto: Pietro Lanzetta, E-mail: DPOpec@legalmail.it.

Il legale rappresentante del Consorzio-azienda Centro residenziale di cura Media Pusteria  
Angelika Kofler

## CONSENSO

Il sottoscritto dichiara di aver preso atto del contenuto dell'informativa sopra indicata e conferisce al Consorzio-azienda Centro residenziale di cura Media Pusteria, fino a revoca, per gli scopi indicati nell'informativa

l'autorizzazione al trattamento dei propri dati personali comuni (cognome, nome, data di nascita, residenza)

☐ Sì \*

☐ No

l'autorizzazione al trattamento di dati relativi al proprio stato di salute

☐ Sì \*

☐ No

l'autorizzazione al trattamento di dati che forniscono informazioni sulla propria vita familiare e sociale

☐ Sì \*

☐ No

l'informazione circa la presenza dell'ospite nella Residenza per anziani

☐ Sì \*

☐ No

☐ Sì, eccetto a (indicare nome e cognome) \_\_\_\_\_

**\* Nota: Il consenso al trattamento dei dati/informazioni di cui sopra è necessario per il trattamento della sua domanda.**

Conferisco, fino a revoca, alla Residenza per anziani, l'autorizzazione a pubblicare foto e nome per motivi interni o per la pubblicazione nel giornale interno „Regenbogen“ ossia in altre pubblicazioni ossia in internet

**nome:** ☐ Sì

☐ No

**foto:** ☐ Sì

☐ No

+

Firma della persona per la quale viene presentata la domanda di  
ammissione o dell'amministratore di sostegno/tutore/curatore

data

+ Il consenso al trattamento dei dati deve essere firmato in presenza di un addetto del Consorzio-azienda Centro residenziale di cura Media Pusteria.  
Se ciò non è possibile, alla presente domanda deve essere allegata una fotocopia della carta d'identità valida del firmatario.

Tutte le espressioni, per ragioni di semplificazione, ricorrono in questo modulo al maschile. Nelle strutture del Consorzio-azienda Centro residenziale di cura Media Pusteria si fa esplicito riferimento al principio di parità di trattamento tra donne e uomini.

### Riservato all'Amministrazione

Ai sensi dell'art. 21 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, confermo che

☐ il dichiarante ha firmato la domanda 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.



## Tariffa 2026

### Ricovero permanente

Tariffa base	livello 0	livello 1	livello 2	livello 3	livello 4
camera singola	65,83 €	65,83 €	65,83 €	65,83 €	65,83 €
camera doppia	62,54 €	62,54 €	62,54 €	62,54 €	62,54 €

### Ricovero temporaneo

camera singola	livello 0	livello 1	livello 2	livello 3	livello 4
tariffa base	65,83 €	65,83 €	65,83 €	65,83 €	65,83 €
assegno di cura	0,00 €	19,31 €	29,59 €	44,38 €	59,18 €
retta giornaliera	65,83 €	85,14 €	95,42 €	110,21 €	125,01 €

camera doppia	livello 0	livello 1	livello 2	livello 3	livello 4
tariffa base	62,54 €	62,54 €	62,54 €	62,54 €	62,54 €
assegno di cura	0,00 €	19,31 €	29,59 €	44,38 €	59,18 €
retta giornaliera	62,54 €	81,85 €	92,13 €	106,92 €	121,72 €

- Viene fatturato sia il giorno di ammissione concordato o effettivo come anche il giorno di dimissione
- Le assenze vengono fatturate secondo le disposizioni della delibera della Giunta Provinciale

#### Cauzione

Per un ricovero permanente l'ospite risp. i familiari obbligati alla compartecipazione ai sensi del D.P.G.P. n. 30/2000 devono depositare una cauzione pari a 45 giorni della tariffa base a carico dell'ospite e parenti. La cauzione deve essere versata **antecedentemente all' ammissione** sul conto corrente del "Consorzio-azienda centro residenziale di cura Media Pusteria" **indicando la causale** "cauzione per l'ospite sig.ra/sig. XY". Il Consorzio-azienda centro residenziale di cura Media Pusteria è autorizzato a trattenere la cauzione per la copertura di fatture, che al momento della dimissione dell'ospite non risultano saldate. Eventuali importi residui verranno restituiti dal gestore agli aventi diritto entro 30 giorni dalla dimissione.

## Assistenza diurna

(viene addebitata dalla Comunità Comprensoriale Val Pusteria)

categoria ospiti	Tariffa oraria
persone autosufficienti (partecipazione in relazione alla situazione economica)	2,00 €
persone con assegno di accompagnamento o livello di non autosufficienza 1	2,60 €
livello di non autosufficienza 2	3,70 €
livello di non autosufficienza 3	5,00 €
livello di non autosufficienza 4	5,90 €
parte di tariffa aggiuntiva per assistenza specializzata ( <i>persone anziane con demenza, particolari disabilità o affette da malattia psichica</i> )	10,00 €
+ a pasto	3,80 €