

## Domanda di accoglienza di Ospite non autosufficiente presso l'A.P.S.P. "San Giovanni" di Mezzolombardo

*Il presente documento deve essere compilato da parte dell'Ospite o della persona che ha anche la delega ad operare sul conto corrente dello stesso.*

Il sottoscritto (persona di riferimento) \_\_\_\_\_

in qualità di (es: figlio, Amministratore di sostegno, nipote etc) \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_

**dichiarandosi disponibile ad essere la persona di riferimento dell'ospite da accogliere, comunica quanto di seguito:**

### **Dichiarazione dati anagrafici ospite**

Ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445 dd. 28 dicembre 2000) e consapevole di quanto disposto dall'art. 76 del DPR 28.12.2000 n. 445 e dall'art. 495 del C.P. in caso di dichiarazioni mendaci,

#### **dichiara che**

il/la signor/signora \_\_\_\_\_

è nato a \_\_\_\_\_

data di nascita \_\_\_\_\_

cittadinanza \_\_\_\_\_

residenza \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_

Femmina

Maschio

Stato civile e cognome acquisito \_\_\_\_\_

Codice fiscale e sanitario \_\_\_\_\_

Carta d'identità \_\_\_\_\_ scadenza il \_\_\_\_\_

Invalidità/Esenzioni \_\_\_\_\_

Studi/Professione \_\_\_\_\_

Titolare di pensioni \_\_\_\_\_

## **Richiesta accoglienza presso l'Ente**

**chiede**

alla A.P.S.P. "San Giovanni" di Mezzolombardo di accogliere il/la signor/signora \_\_\_\_\_, come richiesto nella comunicazione U.V.M. di data \_\_\_\_\_ (prot. arrivo n. \_\_\_\_\_ di data \_\_\_\_\_ (dato da compilare da parte dell'ufficio della APSP)

**per un periodo:**

**a tempo indeterminato** con entrata prevista per il giorno \_\_\_\_\_

**a tempo determinato** dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Salvo eventuali anticipi e proroghe concordate e comunicate all'A.P.S.P. dalla Segreteria UVM.

**in stanza** \_\_\_\_\_ [indicare la stanza disponibile: singola o doppia]

in caso di richiesta di passaggio da stanza singola a stanza doppia (quando disponibile), si chiede di barrare la seguente casella

Il sottoscritto si impegna a rispettare le date di entrata e uscita sopra indicate.

## **Presenza d'atto costi rette e impegno al pagamento delle stesse**

**Prende atto** che per i servizi offerti dall'A.P.S.P. "San Giovanni" deve essere corrisposta la retta giornaliera stabilita annualmente dal Consiglio di Amministrazione dell'Ente, e la accetta incondizionatamente.

**Prende atto** altresì che alla data odierna la retta giornaliera di degenza a carico dell'Ospite ammonta ad € \_\_\_\_\_ al giorno e **accetta** fin d'ora ogni eventuale variazione della stessa.

**Accetta** altresì, in caso di ritardo nell'ingresso dell'ospite non imputabile all'APSP, di impegnarsi a corrispondere all'Ente "**la retta giornaliera di impegno posto letto pre-ingresso**" dal secondo giorno successivo alla chiamata da parte dell'APSP o nel caso di ricovero ospedaliero dal quarto giorno successivo e fino all'entrata effettiva dell'Ospite in struttura, secondo i seguenti importi:

- €\_125,46 per posto letto base e di sollievo;
- €\_152,46 per posto letto Nucleo per demenze gravi;
- €\_164,58 per posto letto Nucleo sanitario;
- €\_176,43 per posto letto Nucleo Namir;

**incremento di € 4,73 al giorno per la stanza singola;**

e **accetta** fin d'ora ogni eventuale variazione che la stessa potrà subire.

**Si impegna a pagare** la *retta giornaliera di prenotazione del posto letto* anche nel caso in cui, dopo aver sottoscritto i documenti per l'ingresso, rinuncia allo stesso (salvo il caso di ricovero ospedaliero o decesso). L'importo è dovuto per i giorni di prenotazione sottoscritti nei documenti di ingresso ove non coperti da entrata di altro residente

**In caso di assenza prolungata dell'Ospite (incluso il ricovero ospedaliero) si impegna a corrispondere all'Ente la "retta di mantenimento del posto letto" dal 31esimo giorno di assenza consecutiva secondo i seguenti importi:**

- €\_87,15 per posto letto base e di sollievo;
- €\_100,65 per posto letto Nucleo per demenze gravi;
- €\_106,71 per posto letto Nucleo sanitario;
- €\_112,63 per posto letto Nucleo Namir;

**incremento di € 4,73 al giorno per la stanza singola;**

e **accetta** fin d'ora ogni eventuale variazione che la stessa potrà subire.

Nel caso di accoglienza su posto di sollievo **si impegna** a corrispondere l'importo della retta giornaliera anche per eventuali periodi aggiuntivi stabiliti e concordati dall'ospite e/o familiari con la Segreteria UVM successivamente alla firma del presente documento.

### **Costo farmaci non forniti da APSS ed eventuali altri rimborsi spese**

**Si impegna** a rimborsare all'Ente la spesa per acquistare i medicinali/farmaci il cui costo non è coperto dall'APSS nell'ambito delle Direttive Provinciali (cd prontuario farmaceutico per le RSA), o dal S.S.N./S.S.P. o da altra Azienda Sanitaria extra-provinciale, nonché la spesa per acquistare i medicinali/farmaci espressamente chiesti dai familiari a loro scelta (diversi rispetto all'alternativa fornita in una delle modalità precedenti). Tali rimborsi spese verranno riportati nella fattura di ricovero, normalmente il mese successivo a quello di effettuazione della spesa, oppure rimborsati tramite fondo cassa in contanti.

Gli scontrini fiscali dei medicinali/farmaci suddetti verranno consegnati alla persona di riferimento (unitamente alla retta del mese di acquisto o in ritiro unico all'inizio dell'anno successivo).

**Si impegna** a rimborsare all'Ente anche eventuali altri rimborsi spese per attività richieste ed usufruite, come ad esempio: utilizzo cassaforte, utilizzo telefono in camera, partecipazione a pranzi dei familiari, rimborso di spese postali, ecc.

### **Fatture rette di ricovero e loro pagamento**

Visto quanto sopra, **si impegna**, eventualmente anche in solido con altri parenti obbligati, a pagare mensilmente l'intero importo indicato sulle fatture di addebito, per tutto il periodo di permanenza dell'Ospite nella struttura. La retta di ricovero va corrisposta anche in caso di assenze temporanee, secondo le modalità stabilite dal Consiglio di Amministrazione.

La retta giornaliera di degenza, inclusi eventuali rimborsi spese, **sarà fatturata mensilmente a nome dell'ospite.**

**Si impegna** a pagare la fattura a mezzo:

- pagamento con avviso PagoPA **da effettuare entro 30 giorni dalla data della fattura;**
- a mezzo R.I.D.-Sepa **dando mandato alla A.P.S.P. "San Giovanni" di Mezzolombardo**  
all'addebito in c/c presso la Banca \_\_\_\_\_  
intestato a \_\_\_\_\_  
IBAN: \_\_\_\_\_

**Si impegna** a corrispondere all'Ente anche eventuali interessi per ritardato pagamento della fattura.

**Invio delle comunicazioni da parte della A.P.S.P. "San Giovanni"**

La documentazione fiscale (fattura) e tutte le comunicazioni amministrative e informazioni di servizio saranno inviate:

a mezzo posta ordinaria al seguente indirizzo:

---

a mezzo posta elettronica al seguente indirizzo e mail:

---

(la presente vale come autorizzazione ai sensi del D.Lgs. n. 52 del 20.02.2004)

Prende atto che il documento fiscale, per avere valore legale, deve essere stampato su carta.

**Invio della posta indirizzata all'ospite da enti esterni**

Al fine di semplificare la gestione documentale per l'Ospite e con finalità collaborative tra l'A.P.S.P. e il sottoscritto, quest'ultimo **delega** il personale della Azienda Pubblica di Servizi alla Persona "San Giovanni" al ritiro della eventuale posta dell'Ospite consegnata presso l'Ente, comprese le lettere raccomandate, **impegnandosi** a ritirare le stesse, su chiamata del personale dell'A.P.S.P., in tempo utile e comunque non oltre 10 gg lavorativi presso gli uffici amministrativi della struttura in orario di ufficio. Oltre questo termine gli uffici amministrativi provvederanno ad inviare al sottoscritto, tramite raccomandata AR, la posta ritirata, salvo urgenze (quindi con invio anticipato) o accordi diversi.

Il sottoscritto **si impegna** a rimborsare alla A.P.S.P. eventuali costi sostenuti dalla stessa al momento del ritiro o per l'eventuale rinvio della posta tramite i servizi postali.

Il sottoscritto prende atto che **l'A.P.S.P. può decidere**, a suo insindacabile giudizio, **di non ritirare la posta dell'Ospite in presenza di situazioni particolari**, come ad esempio (non esaustivo) nel caso in cui il ritiro della posta assuma un aspetto legale (es: ritiro di atti giudiziari o di riscossione tributi).

**Indumenti e accessori personali dell'ospite**

I familiari **si impegnano** a fornire gli indumenti e accessori personali necessari come da elenco consegnato durante il colloquio di ingresso e come da indicazioni del personale dell'Ente.

I familiari **si impegnano** a rimborsare l'Ente in conto fattura per eventuali indumenti e/o accessori forniti d'ufficio qualora quanto richiesto non sia stato fornito dai parenti in tempi congrui.

**Oggetti di valore e oggetti personali**

I residenti possono portare e trattenere presso l'A.P.S.P. piccoli oggetti personali a condizione che gli stessi non siano di disturbo alla convivenza degli altri residenti e non pregiudichino le ottimali condizioni di igiene e sicurezza. Gli oggetti personali potranno essere ricollocati in caso di necessità o forza maggiore.

**L'A.P.S.P. declina ogni responsabilità per i valori e gli oggetti personali dei residenti (es: gioielli, denaro, documenti, fotografie, oggettistica, ecc), anche in caso di smarrimenti e/o danni. Si sconsiglia di tenere in struttura oggetti personali di valore (anche affettivo).**

In caso di decesso del residente gli oggetti personali dovranno essere ritirati dai legittimi eredi (anche da altri soggetti da loro delegati); ove ciò non avvenga entro 2 mesi dal decesso, l'A.P.S.P. è libera da ogni vincolo e può procedere in autonomia all'eliminazione degli oggetti personali.

**L'Azienda non effettua servizio di custodia di valori ed oggetti personali, salvo situazioni straordinarie.**

### **Altre informazioni**

**Dichiara** di aver ricevuto la Carta dei Servizi dell'Ente.

**L'Amministrazione dell'Ente informa che a causa Emergenza Coronavirus alcune modalità operative ed organizzative potrebbero subire delle variazioni senza preavviso.**

**Comunica** di seguito ulteriori persone di contatto per l'Ospite [*indicare nome, cognome, rapporto con l'ospite, numero di telefono ed eventuale indicazione se sono persone di riferimento per aspetti sanitari*]

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

La firma del/dei sottoscrittore/ri vale per accettazione di tutti i punti del presente modulo.

Le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà da produrre agli organi della amministrazione pubblica o ai gestori o esercenti di pubblici servizi sono sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore. La copia fotostatica del documento è inserita nel fascicolo. Le istanze e la copia fotostatica del documento di identità possono essere inviate per via telematica.

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 e del nuovo Codice di protezione dei dati personali (D.Lgs 196/2003 integrato con modifiche D.Lgs 101/2018), i dati personali forniti nel presente modulo verranno trattati secondo i seguenti criteri:

- **titolare del trattamento:** A.P.S.P. "San Giovanni" con sede in MEZZOLOMBARDO;
- **tipologie di dati, finalità e base giuridica del trattamento:** il trattamento potrebbe riguardare dati comuni (dati anagrafici) e dati rientranti nelle "categorie particolari di dati personali" (informazioni relative allo stato di salute) e/o dati personali relativi a condanne penali. Tutti i dati raccolti sono necessari per dare esecuzione a funzioni istituzionali correlate all'esercizio di poteri e facoltà di cui la nostra Amministrazione è competente;
- **modalità del trattamento:** i dati raccolti sono trattati in forma cartacea ed elettronica e protetti ai sensi degli artt. 25 e 32 del GDPR;
- **obbligatorietà del conferimento:** il conferimento ha natura obbligatoria. In caso contrario la nostra Amministrazione potrebbe trovarsi nell'impossibilità di dare esecuzione a quanto di propria spettanza;
- **comunicazione, diffusione e destinatari:** i dati comunicati non saranno trasferiti extra UE. La loro diffusione avrà luogo solo laddove previsto da un obbligo di legge. I dati possono essere conosciuti da incaricati appositamente istruiti e da parte di soggetti terzi, nominati responsabili del trattamento, il cui elenco è accessibile presso la sede del titolare;
- **durata del trattamento e periodo di conservazione:** i dati acquisiti saranno conservati per il tempo di legge;
- **diritti dell'interessato:** l'interessato può esercitare i diritti previsti dagli artt. 15 e segg. del predetto Reg. rivolgendosi al titolare o al responsabile per la protezione dei dati nonché proporre reclamo all'autorità di controllo. Il soggetto designato quale responsabile per la protezione dei dati personali è raggiungibile all'indirizzo: [serviziodpo@upipa.tn.it](mailto:serviziodpo@upipa.tn.it).

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

firma di eventuale altra persona per accettazione delle condizioni

**Allega copia del documento di identità del sottoscrittore.**

## IL DIRETTORE dell'APSP SAN GIOVANNI

- Vista la disponibilità del posto letto;
- Vista la comunicazione UVM;
- Considerato che il Medico dell'Ente non ha comunicato motivi per rifiutare l'ammissione dell'Ospite;
- Visto l'impegno al pagamento della retta come riportato nel presente documento;
- Preso atto che la retta sanitaria è coperta nell'ambito del finanziamento definito con le direttive provinciali in materia;
- Vista la delibera del Consiglio di Amministrazione di approvazione delle rette di ricovero;
- Visto lo Statuto dell'APSP "San Giovanni", attualmente in vigore;

### AUTORIZZA

l'ammissione del/della sig./sig.ra \_\_\_\_\_

presso l'A.P.S.P. "San Giovanni" di Mezzolombardo in qualità di ospite "non autosufficiente" a

partire dal giorno \_\_\_\_\_

assicurando all'Ospite le prestazioni di cui necessita, nelle forme e modalità previste dalla organizzazione dei servizi della Struttura.

IL DIRETTORE  
Dott. Dennis Tava

Mezzolombardo, \_\_\_\_\_