

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

NB: 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) _____
nato a _____ il _____
residente a _____ in via _____
tel. _____ in qualità di (es: figlio, Amministratore di sostegno, nipote etc)
_____ della persona da accogliere

**si dichiara disponibile ad essere la persona di riferimento dell'ospite da accogliere e
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 (persona da accogliere) _____

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 suddetto/a, come riportato nella comunicazione U.V.M. di data _____ (prot. arrivo n. _____ di data _____) *(dati 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), barrare la seguente casella ☐

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

SI IMPEGNA AL PAGAMENTO DEI SERVIZI

Presa d'atto costo servizi e impegno al pagamento

Prende atto che i servizi offerti dall'A.P.S.P. "San Giovanni" sono a pagamento.

Con la presente Domanda di Accoglienza, il sottoscritto si impegna incondizionatamente a corrispondere tutte le rette, tariffe, costi e rimborsi spese stabiliti dal Consiglio di Amministrazione, secondo quanto di seguito riportato e secondo gli importi e casistiche esposti nella tabella allegata al presente documento per formarne parte integrale e sostanziale (la tabella viene firmata per accettazione).

Il sottoscritto accetta fin d'ora ogni eventuale variazione che il Consiglio di Amministrazione potrà successivamente apportare alle rette, tariffe, costi e rimborsi spese, sia negli importi che nelle tipologie e casistiche.

Accetta, in caso di ritardo nell'ingresso dell'Ospite, avvenuto per motivi non riferibili a decisioni dell'APSP, **di impegnarsi a corrispondere** all'Ente **"la retta giornaliera di prenotazione del posto letto"** (retta residenziale + retta sanitaria) 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 gli importi esposti nella tabella allegata firmata per accettazione.

Si impegna a pagare la "retta giornaliera di prenotazione del posto letto" anche in caso di rinuncia successiva all'espletamento delle pratiche amministrative, con le seguenti modalità:

- nel caso di ricovero in altra struttura sanitaria/assistenziale (ospedale, RSA, ecc) o decesso: pari alla quota di una giornata di stanza doppia;
- in tutti gli altri casi: pari alla quota per i giorni di prenotazione sottoscritti nei documenti di ingresso, ove non coperti da ingresso di altro residente.

Si impegna a pagare la “retta di mantenimento del posto letto” in caso di assenza prolungata dell’Ospite (incluso il ricovero ospedaliero) dal 31esimo giorno di assenza consecutiva secondo gli importi esposti nella tabella allegata firmata per accettazione.

Prende atto che in caso di assenze per ricoveri ospedalieri post-ingresso superiori a dieci giorni, a partire dall’undicesimo giorno di assenza consecutiva, sarà applicata una riduzione della retta pari ad € 7,00 al giorno.

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.

Deposito a garanzia

Il residente, e/o i suoi familiari, **prende atto** che, l’ingresso sui posti letto, è vincolato alla preventiva presentazione di un deposito di garanzia pari a Euro 1.600,00, da realizzarsi tramite Fidejussione o Deposito vincolato sul conto dell’Ente, senza il riconoscimento di interessi legali

Si impegna a presentare:

- Quietanza di deposito bancario pari ad € 1.600,00 (milleseicentoeuro) con versamento sul c/c della A.P.S.P. “San Giovanni” di Mezzolombardo presso Cassa Centrale Banca - IBAN: **IT 90 M 03599 01800 0000 0015 8969**
- Originale Fidejussione di € 1.600,00 (milleseicentoeuro)

Il rimborso del deposito a garanzia da parte della A.P.S.P “San Giovanni”, di norma, avviene su conto intestato all’Ospite accolto in APSP.

Ove invece il deposito di garanzia venga effettuato da parte di soggetto terzo indicare di seguito i dati bancari per il rimborso della quota a tale soggetto terzo diverso dall’Ospite:

Banca _____

intestato a _____

IBAN: _____

In caso di versamento del deposito di garanzia da parte dell’Ospite, ove al suo decesso il suo conto corrente venga bloccato dalla Banca, il rimborso può essere effettuato anche ad altra persona tramite consegna dell’apposito Documento Eredi compilato e sottoscritto da tutti gli Eredi (CREDITO DEL *DE CUIUS* CADUTO IN SUCCESSIONE - RICHIESTA VERSAMENTO - DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETA’ (Art. 47 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000).

Il rimborso del deposito a garanzia è effettuato successivamente alla verifica contabile dell’avvenuto pagamento di tutte le fatture emesse a copertura delle rette di degenza e della consegna di tutta la documentazione necessaria, indicativamente entro i 30 giorni successivi.

Il rimborso del deposito a garanzia avviene senza riconoscimento di valute antergate.

Costo farmaci non forniti da APSS ed eventuali altri rimborsi spese

Si impegna a rimborsare gli importi pagati dall'Ente per l'acquisto di medicinali/farmaci e di materiale sanitario/assistenziale secondo le motivazioni esposte nella tabella allegata firmata per accettazione.

Eventuali altri rimborsi spese

Si impegna a rimborsare all'Ente anche eventuali altri rimborsi spese per attività richieste ed usufruite, secondo le modalità e tariffe stabilite dal Consiglio di Amministrazione come da tabella allegata firmata per accettazione.

Fatture e loro pagamento

Visto quanto sopra, **si impegna**, eventualmente anche in solido con altri parenti obbligati, a pagare incondizionatamente l'intero importo indicato nelle fatture mensili di addebito, per tutto il periodo di permanenza dell'Ospite nella struttura, entro i termini indicati nelle fatture.

La retta giornaliera di degenza, inclusi eventuali altre tariffe, costi e rimborsi spese, **sarà fatturata mensilmente in modo posticipato e a nome dell'ospite.**

In caso di degenza per periodi inferiori al mese intero, è prevista l'emissione della fattura nei giorni subito successivi alla dimissione e con scadenza pagamento entro 5 giorni data fattura.

Si impegna a pagare la fattura a mezzo R.I.D.-Sepa **dando mandato alla A.P.S.P. "San Giovanni" di Mezzolombardo** all'addebito in C/C presso:

Banca _____

conto intestato a _____

IBAN: _____

Solo ove autorizzato dall'APSP, il pagamento potrà essere effettuato con avviso PagoPA entro i termini indicati in fattura.

Si impegna a corrispondere all'APSP eventuali interessi per ritardato pagamento della fattura.

Si impegna a stampare su carta il documento fiscale, per avere valore legale.

DICHIARA e PRENDE ATTO

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 siano inviate:

☐ alla seguente e-mail: _____
(la presente vale come autorizzazione ai sensi del D.Lgs. n. 52 del 20.02.2004)

☐ a mezzo posta ordinaria al seguente indirizzo (solo in casi eccezionali):

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 APSP "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 **il personale dell'APSP 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 il costo di 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'APSP 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'APSP è libera da ogni vincolo e può procedere in autonomia all'eliminazione degli oggetti personali.

L'APSP 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.

Prende atto che a causa di eventuali emergenze sanitarie 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. _____
5. _____
6. _____

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: serviziopdo@upipa.tn.it.

Data _____

Allega copia/e del documento di identità del/dei sottoscrittore/i.

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;
- Viste le garanzie presentate;

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 _____

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



IL DIRETTORE
Dott. Dennis Tava

Mezzolombardo, _____