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 _____

Invalità/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, 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 i seguenti importi:

- €_127,70 per posto letto base e di sollievo;
- €_155,46 per posto letto Nucleo per demenze gravi;
- €_168,18 per posto letto Nucleo sanitario;
- €_180,03 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 retta stessa potrà subire.

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 i seguenti importi:

- €_88,27 per posto letto base e di sollievo;
- €_102,15 per posto letto Nucleo per demenze gravi;
- €_108,51 per posto letto Nucleo sanitario;
- €_114,43 per posto letto Nucleo Namir;

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

e accetta fin d’ora ogni eventuale variazione che le rette suddette potranno subire.

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.

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 non previsti nel prontuario per le RSA o il cui costo non è coperto dal Servizio Sanitario, inclusi i prodotti e materiali individuali personali nonché quanto espressamente richiesto da Ospiti/Familiari a loro scelta (diversi rispetto all’alternativa fornita dal Servizio Sanitario), saranno addebitati in conto retta/fattura a titolo di rimborso spese agli Ospiti che ne hanno usufruito. Gli scontrini fiscali dei medicinali/farmaci/altro suddetti verranno consegnati alla persona di riferimento (unitamente alla fattura della retta del mese di acquisto o in ritiro unico all’inizio dell’anno successivo).

Eventuali altri rimborsi spese

Si impegna a rimborsare all’Ente anche eventuali altri rimborsi spese per attività richieste ed usufruite, come ad esempio: utilizzo cassaforte in stanza, utilizzo telefono in stanza, rimborso prestazioni extra della parrucchiera, rimborso per rilascio certificati medici, rimborso costi trasporto e accompagnamento residenti, rimborso di eventuali spese postali, ecc. (secondo le modalità e tariffe stabilite dal Consiglio di Amministrazione vedi tabella allegata).

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 in modo posticipato e a nome dell’ospite.**

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 _____

intestato a _____

IBAN: _____

Solo ove autorizzato dall’APSP il pagamento può essere effettuato con avviso PagoPA che si impegna a saldare entro 30 giorni dalla data della fattura.

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 elettronica al seguente indirizzo 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):

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. _____
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 _____

Firma _____

Firma _____

firma di eventuale altra persona per accettazione delle condizioni

Allega copia 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;

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, _____