

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

Vista la richiesta di accoglienza presso l'A.P.S.P. "San Giovanni" di Mezzolombardo del/la sig/sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ presentata dal sig./sig.ra \_\_\_\_\_, quale persona di riferimento dell'ospite da accogliere,

Il sottoscritto – i sottoscritti:

sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_  
rapporto di parentela della persona in oggetto: \_\_\_\_\_

sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_  
rapporto di parentela della persona in oggetto: \_\_\_\_\_

sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_  
rapporto di parentela della persona in oggetto: \_\_\_\_\_

sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_  
rapporto di parentela della persona in oggetto: \_\_\_\_\_

sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_  
rapporto di parentela della persona in oggetto: \_\_\_\_\_

### **Presca 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 usfruite, 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 – impegnano** a corrispondere all'Ente anche eventuali interessi per ritardato pagamento della fattura.

### **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 ed 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.**

**I Sottoscritti accettano tutte le altre condizioni generali previste nel modulo sottoscritto dalla persona di riferimento.**

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](mailto:serviziopdo@upipa.tn.it).

Firma \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

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

**Allega copia del documento di identità di tutti i sottoscrittori.**