

Domanda di accoglienza di Ospite su posto letto non negoziato 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 _____

in qualità di _____

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 da richiesta di data

_____ (prot. arrivo n. _____ di data _____ [dato da compilare da parte

dell'ufficio])

L'accoglienza è sul posto sotto indicato:

- Posto APSP** (minimo 15 giorni)
- Posto per necessità temporanee - persone già valutate UVM e in attesa di inserimento definitivo** (posto Convenzione Comune minimo 30 giorni – proroga massimo 6 mesi autorizzata dal Comune)
- Posto Family per ricovero temporaneo – persone non valutate UVM o già valutate UVM** (posto Convenzione Comune minimo 30 giorni – proroga massimo 2 mesi salvo disponibilità del posto per mancanza di altre domande - autorizzata dal Comune)

per un periodo a tempo determinato con entrata prevista per il giorno _____

e uscita prevista per il giorno _____

Salvo eventuali anticipi e proroghe concordate e comunicate all'A.P.S.P. dal Comune di Mezzolombardo o richiesti dall'ospite e/o familiari almeno entro 5 giorni prima dell'uscita prevista.

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

I posti letto non negoziati con la P.A.T. sono normalmente previsti in stanza singola salvo **necessità di spostamento in stanza doppia** stabilite dall'APSP; in tal caso, al periodo di permanenza in stanza doppia si applicherà la retta stanza doppia. Lo spostamento di stanza avviene secondo le modalità e le motivazioni come previsto dal Regolamento Aziendale Sanitario Interno.

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

Presa 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 **€_130,39 se in stanza doppia o €_135,12 se in stanza singola** al giorno dal secondo giorno successivo alla chiamata da parte dell'APSP, in caso di ricovero ospedaliero dal quarto giorno successivo;

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

Il residente, e/o i suoi familiari, sono obbligati a pagare la retta residenziale e sanitaria per la durata minima stabilita dal Consiglio di Amministrazione, salvo dimissione per decesso o per ricovero in altra struttura di lungo degenza o per sopraggiunto trasferimento in altra R.S.A. stabilito dall'UVM o dall'A.S.L. di provenienza.

In caso di ritardo nell'ingresso dell'Ospite, avvenuto per motivi non riferibili a decisioni dell'APSP, l'Ospite (o chi per esso) sarà tenuto a corrispondere all'Ente la "*retta di prenotazione del posto letto*" (retta residenziale + retta sanitaria) dal secondo giorno successivo alla accettazione del posto letto da parte dell'ospite/famiglia (accettazione che deve avvenire entro 24 ore dalla chiamata della RSA, salvo giorni di chiusura uffici); invece, nel caso di Ospite ricoverato in ospedale, la "*retta di prenotazione del posto letto*" si paga dal quarto giorno successivo alla accettazione del posto letto se il ritardo nell'ingresso è dovuto a motivi sanitari stabiliti dall'ospedale.

In caso di rinuncia successiva all'espletamento delle pratiche amministrative, è previsto il pagamento della *retta giornaliera di prenotazione del posto letto* 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.

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

Si impegna a pagare la "retta di mantenimento del posto letto" (retta residenziale + retta sanitaria) in caso di assenza prolungata dell'Ospite (incluso il ricovero ospedaliero) fino al rientro in struttura).

Si applica una riduzione della retta pari ad € 7,00 al giorno per le assenze per ricoveri ospedalieri post-ingresso superiori a dieci giorni, a partire dall'undicesimo giorno di assenza consecutiva.

Deposito a garanzia

Il residente, e/o i suoi familiari, **prende atto** che, l'ingresso sui posti letto RSA non convenzionati/negoziati PAT, è vincolato alla preventiva presentazione di un deposito di garanzia pari a Euro 4.500,00, da realizzarsi tramite fidejussione o deposito vincolato sul conto dell'Ente, senza il riconoscimento di interessi legali

Si impegna a presentare:

- retta residenziale + retta sanitaria Quietanza di deposito bancario pari ad € 4.500,00 (quattromilacinquecentoeuro) 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 € 4.500,00 (quattromilacinquecentoeuro)

Per eventuali rimborsi da parte della A.P.S.P. "San Giovanni" di depositi a garanzia indicare di seguito i dati bancari per l'invio delle quote spettanti. Il rimborso avviene su conto intestato alla persona accolta in APSP (in caso di decesso dell'ospite il rimborso avverrà dopo compilazione dell'apposito documento eredi).

Banca _____

intestato a _____

IBAN: _____

Costo farmaci ed eventuali altri rimborsi spese

Il residente ha la facoltà di mantenere il proprio medico di medicina generale; per agevolare gli aspetti sanitari, il residente può decidere di avvalersi del servizio medico della R.S.A., con contestuale revoca (temporanea) del proprio medico.

Il materiale sanitario riconosciuto dal Servizio Sanitario e gli ausili per l'incontinenza sono forniti dall'Ente.

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.

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 consegnata).

Fatture rette di ricovero e loro pagamento

La retta giornaliera di degenza, compresi eventuali rimborsi spese, **sarà fatturata in modo posticipato mensilmente a nome dell'ospite in base al periodo usufruito.**

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 10 giorni dalla data della fattura.

In caso di proroga del periodo di degenza l'ospite e/o familiari **si impegnano** ad effettuare il pagamento o presentare le garanzie dovute come sopra indicato anche per il successivo periodo richiesto.

Si impegna a corrispondere all'Ente anche eventuali interessi per ritardato pagamento della fattura nei termini stabiliti dal Regolamento Aziendale Sanitario Interno della A.P.S.P..

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:

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

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: serviziopdo@upipa.tn.it.

Data _____

Firma _____

Allega copia del documento di identità del sottoscrittore.

IL DIRETTORE dell'APSP SAN GIOVANNI

- Vista la disponibilità del posto letto;
- Vista la domanda di inserimento su posto letto non negoziato presentata;
- Vista la valutazione sanitaria effettuata e 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;
- Vista la delibera del Consiglio di Amministrazione di approvazione delle rette di ricovero;
- Visto il Regolamento Aziendale Sanitario Interno attualmente in vigore;
- Vista la Convenzione e Delibera di Giunta del Comune di Mezzolombardo n. 202 dd. 17.09.2019;
- 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"

"autosufficiente"

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, _____