

SPETT.LE
FONDAZIONE COMUNITA' DI ARCO - A.P.S.P.
VIA STRAPPAZOCHE N. 18
38062 - ARCO (TN)

OGGETTO: domanda di accoglimento nella Residenza Sanitaria Assistenziale

Il sottoscritto* signor/a _____
cognome _____ nome _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ in via _____
luogo di residenza _____ indirizzo _____

***nel caso di incapacità o impossibilità alla compilazione e firma della domanda da parte del diretto interessato la richiesta può essere sottoscritta dal tutore, da un procuratore, da un congiunto che si rende referente e garante. In loro assenza da parte dell'assistente sociale della Comunità di Valle, competente per incarico di zona.**

Codice fiscale:

| |
|--|
| |
|--|

le cui condizioni socio – sanitarie sono certificate di **non autosufficienza** dall'Unità di Valutazione Multidisciplinare del Distretto Sanitario di competenza

CHIEDE (ai sensi dell'art. 16 della L.P. N. 6/1998)

di essere accolto nella Residenza Sanitaria Assistenziale di codesta Fondazione Comunità di Arco – A.P.S.P..

Dichiara di essere a conoscenza che la retta sanitaria è a carico del Servizio Sanitario Provinciale, mentre il versamento della retta residenziale è assicurato:

| |
|---|
| Pagamento della retta _____ |
| <input checked="" type="radio"/> dal sottoscritto come da impegnativa di pagamento |
| <input type="radio"/> dal sottoscritto e per la differenza dai miei congiunti agli alimenti come da impegnativa |
| <input type="radio"/> dal sottoscritto e per la differenza dal Comune di residenza |

Dichiara inoltre che attualmente si trova:

presso il proprio domicilio

Ricoverato in :

Ospedale o Casa di Cura _____

Altra R.S.A. _____

Altra Casa di Soggiorno _____

Notizie statistiche sul ricoverando:

1. Titolo di studio _____

2. Professione _____

3. Stato Civile _____

CONGIUNTI OBBLIGATI AGLI ALIMENTI (ai sensi dell'art. 433 del Codice Civile)

Cognome e Nome

Indirizzo

Telefono

Cognome e Nome

Indirizzo

Telefono

Cognome e Nome

Indirizzo

Telefono

Cognome e Nome

Indirizzo

Telefono

| | |
|----------------|-----------|
| Cognome e Nome | Indirizzo |
| | Telefono |
| Cognome e Nome | Indirizzo |
| | Telefono |
| Cognome e Nome | Indirizzo |
| | Telefono |

ATTESTA INOLTRE DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE:

A) L'istruttoria della domanda di collocamento in R.S.A. prevede:

- La scheda SVM rilasciata dal distretto sanitario di competenza.
- Il completamento dei dati previsti dal presente modulo di domanda che, tra i vari modelli, prevede anche la sottoscrizione di un'impegnativa di pagamento, per la quale la firma deve essere autenticata dal Servizio Amministrativo dell'Ente o dal direttore. Tale impegno è a garanzia degli eventuali crediti per rette. In sua assenza potrà essere richiesto il versamento di un deposito cauzionale presso la tesoreria dell'ente per l'importo pari ad una annualità di retta residenziale.
- La presentazione dei seguenti allegati:
 - fotocopia carta d'identità del ricoverando
 - fotocopia del codice fiscale
 - fotocopia della tessera sanitaria
 - fotocopia del verbale per l'accertamento dell'invalidità civile o della richiesta di visita
 - fotocopia della situazione economico - patrimoniale del ricoverando.

B) PER L'ANNO 2018 LE RETTE RESIDENZIALI SONO LE SEGUENTI:

| | |
|--|----------|
| Per tutti gli ospiti autosufficienti o non autosufficienti residenti in Provincia di Trento: | € 46,00 |
| Costo suppletivo giornaliero per stanza singola | € 12,30 |
| Quota in caso di assenza dalla R.s.a. | € 37,00 |
| Prenotazione posto letto | € 109,43 |

C) LA PRESENTAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA NON COSTITUISCE ALCUN DIRITTO ALL'ACCOGLIMENTO AUTOMATICO PRESSO LA R.S.A. DELLA FONDAZIONE COMUNITA' DI ARCO.

D) IL POSTO LETTO INIZIALMENTE ASSEGNATO O LA STANZA SINGOLA NON

RAPPRESENTANO UN DIRITTO PERMANENTE MA UNA SITUAZIONE CHE PUO' SUBIRE MODIFICAZIONI NEL TEMPO PER ESIGENZE DI CARATTERE ORGANIZZATIVO, SANITARIO ED

E) LA BIANCHERIA E GLI INDUMENTI DEGLI OSPITI DEVONO ESSERE CONSEGNATI ESCLUSIVAMENTE AL SERVIZIO GUARDAROBA (DAL LUNEDI' A SABATO DALLE 8.00 ALLE 12.00) CHE PROVVEDERA' AD APPORVI SPECIFICO CONTRASSEGNO. SI INVITA A CONSEGNARE INDUMENTI CONSONI DAL PUNTO DI VISTA ESTETICO, FUNZIONALE E DI VALORE ECONOMICO ALLA VITA DI COMUNITA'. SI DECLINA OGNI RESPONSABILITA' IN CASO DI SMARRIMENTO O DETERIORAMENTO.

F) L'AMMINISTRAZIONE DECLINA OGNI RESPONSABILITA' PER IL DENARO E GLI OGGETTI DI VALORE LASCIATI IN DIRETTA DISPONIBILITA' DELL'OSPITE.

G) L'ENTE NON RISPONDE PER QUALSIASI DANNO CAUSATO A TERZI DALL'OSPITE NELL'AMBITO DELLA SUA AUTONOMIA E LIBERTA' PERSONALE.

H) L'ENTE NON RIMBORSERA' LO SMARRIMENTO O LA ROTTURA DI OCCHIALI, PROTESI DENTARIE ED ACUSTICHE, SALVO NON SIA DIMOSTRABILE L'IMPUTAZIONE DIRETTA E NOMINATIVA AL PERSONALE DELL'ENTE.

FIRMA DELL'INTERESSATO O DI UN
REFERENTE PER TUTTE LE COMUNICAZIONI

IN QUALITA' DI

IN CASO DI IMPEDIMENTO DEL REFERENTE
SI AUTORIZZA A DARE COMUNICAZIONE AL
SIGNOR/A

IN QUALITA' DI

Al/la signor/a

OGGETTO: Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. n. 196 del 30.06.2003

Con la presente si informa la S.V. che tutti i dati sanitari, sociali, anagrafici, ed economico patrimoniali raccolti in sede di accoglimento e durante la permanenza nella Fondazione Comunità di Arco - A.P.S.P., sono utilizzati dall'Amministrazione (titolare del trattamento) secondo le norme sulla riservatezza dei dati (D. Lgs. n. 196 del 30.06.2003 Codice in materia di protezione dei dati personali). Il trattamento è diretto esclusivamente all'espletamento da parte dell'ente delle proprie finalità istituzionali. I dati vengono raccolti per tramite dell'interessato, o delle persone atte a tutelarne gli interessi (parenti, amici, assistente sociale ecc.), ed il loro trattamento viene eseguito sia attraverso strumenti informatici che cartacei e comunque sempre in modo da garantirne la sicurezza e la riservatezza. Per le finalità di gestione delle attività ricreative degli ospiti, il trattamento potrebbe avvenire anche tramite raccolta di immagini o suoni dell'interessato (filmati, audiovisivi, fotografie). Il conferimento dei dati è necessario per l'instaurazione e la prosecuzione del rapporto contrattuale, nel caso di suo rifiuto non si potrà procedere all'accoglimento. Ai fini del corretto trattamento è necessario vengano comunicate tempestivamente le eventuali variazioni dei dati forniti. In particolare si sottolinea, a riguardo del trattamento dei dati sensibili di tipo sanitario, che:

- I dati che La riguardano, forniti da Lei personalmente, dal suo parente o conoscente di riferimento ed attraverso le certificazioni sanitarie, formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra menzionata e degli obiettivi di riservatezza ai quali è tenuta questa R.S.A. - Casa di Soggiorno;
- tali dati verranno trattati ai soli fini diagnostici, terapeutici, assistenziali e di ricerca;
- il trattamento dei dati avverrà mediante strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza e potrà essere effettuato anche attraverso strumenti automatizzati;
- il trattamento dei dati sopra citati comporta:
 - ✓ l'istituzione di schede personali (cartella sanitaria, cartella assistenziale, schede di valutazione per la riabilitazione motoria, progetti di ergoterapia e di socializzazione, ricompresi nel "Progetto Assistenziale Individuale") contenenti dati di carattere anagrafico, amministrativo, fiscale, sanitario;
 - ✓ l'invio della documentazione sanitaria personale presso i laboratori di analisi, gli ambulatori specialistici per eventuali visite o le strutture ospedaliere in caso di ricovero;
 - ✓ l'invio di documentazione, nei limiti strettamente necessari, previsti dalle norme e direttive provinciali vigenti, ai soggetti su cui grava totalmente o in parte l'onere economico delle prestazioni per retta sanitaria (Azienda Sanitaria competente) o agli Enti competenti in materia di autorizzazione ed accreditamento all'attività socio sanitaria di R.S.A. e Casa di Soggiorno;
 - ✓ la conoscenza, per livelli di autorità dei dati sanitari, assistenziali ed amministrativi rispettivamente da parte del personale incaricato della loro gestione, abilitato al loro trattamento su supporto cartaceo ed informatico.

- Il conferimento dei dati da parte della S.V. o l'acquisizione degli stessi nel corso delle attività a suo favore, costituiscono il momento indispensabile e indifferibile delle attività medesime; pertanto, così come previsto dalla disciplina vigente, hanno carattere di obbligatorietà allo scopo di garantire un quadro completo di informazione ed evitare possibili errori del personale dell'ente con conseguente pregiudizio per la sua salute. I dati raccolti sono utilizzati dai membri dell'equipe assistenziale: medico, infermiere, fisioterapista, operatore di assistenza, animatore ed amministrativo (ufficio accoglimento e ufficio relazioni con il pubblico).

Titolare del trattamento dei dati è la Fondazione Comunità di Arco - A.P.S.P. ed il responsabile è il Direttore dell'Ente.

Ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196 del 30.06.2003, Lei ha il diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei dati personali che La riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelleggibile. Ha diritto ad ottenere l'indicazione dell'origine dei dati personali, delle finalità e delle modalità di trattamento degli stessi, della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici, degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato; dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati e/o che possono venirne a conoscenza. Lei inoltre ha diritto a far aggiornare, rettificare o integrare i Suoi dati personali.

Arco, li _____

In rapporto all'informativa di cui sopra, ed ai sensi dell'art. 23 del D. Lgs. N. 196 del 30.06.2003, si autorizza il trattamento dei dati personali, sensibili e non sensibili secondo le modalità sopra richiamate.

Firma dell'ospite o del parente di riferimento

Spett.le Amministrazione
FONDAZIONE COMUNITA' DI ARCO
SEDE

OGGETTO: Autorizzazione uso immagini e racconti personali

Il sottoscritto signor/a _____
cognome _____ nome _____
nato/a a _____
luogo di nascita _____ data _____
in qualità di _____ del/la signor/a _____

Utente presso la Fondazione Comunità di Arco - A.P.S.P..

AUTORIZZA

La pubblicazione di fotografie, filmati e racconti personali su **tutti i mezzi di comunicazione** (anche telematici) nell'ambito di progetti ludico/ricreativi organizzati sia all'interno che all'esterno della struttura residenziale.

Distinti saluti

Data

Firma

Spett.le Amministrazione
FONDAZIONE COMUNITA' DI ARCO
SEDE

OGGETTO: impegnativa di pagamento.

Il sottoscritto signor/a _____
cognome _____ nome _____
nato/a a _____ il _____
data _____
residente a _____ in via _____
luogo di residenza _____ indirizzo _____
tel. _____ cod. fisc. _____

CHIEDE

l'accoglimento presso Codasta Spettabile R.S.A. gestita dalla Fondazione Comunità di Arco - A.P.S.P.
del/la signor/a:

Cognome: _____ Nome: _____
nato a _____ il _____

Rapporto di parentela con il richiedente: _____

A TALE SCOPO DICHIARA

1. di impegnarsi al pagamento della retta conseguente;
2. di accettare le rette deliberate anno per anno, dal Consiglio di Amministrazione;
3. di garantire il pagamento delle rette che dovrà essere effettuato entro il giorno 10 (dieci) del mese successivo alla competenza con una delle seguenti modalità;
 autorizzazione addebito diretto in conto corrente (SEPA);
 pagamento su conto di tesoreria vista fattura a cura dell'utente e/o dei familiari;
4. di essere consapevole che il mancato pagamento senza giustificazione comporta le immediate dimissioni, fatto salvo il recupero del credito maturato oltre agli oneri accessori, secondo le modalità previste dalla Legge.

Arco, li _____

In fede:

(autenticata)

Io sottoscritto _____ nella mia qualità di funzionario incaricato attesto che la sottoscrizione del presente atto è stata apposta in mia presenza dal Signor/a _____ della cui identità mi sono personalmente accertato mediante _____

IL FUNZIONARIO INCARICATO
