



## Domanda di ammissione a tempo determinato e / o indeterminato

### Ammissione nella residenza per anziani

(prego mettere una crocetta)

Residenza per anziani Tires

Residenza per anziani Ortisei

La domanda di ammissione a tempo indeterminato / determinato viene presentata per la seguente persona (ospite):

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Cognome acquisito \_\_\_\_\_

Stato civile  celibe/nubile  coniugato/a  vedova/o  \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Cittadinanza \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Residente in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Località \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_, cellulare \_\_\_\_\_ indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

Assegno di cura richiesto  no  sì, il \_\_\_\_\_ livello assistenziale \_\_\_\_\_

Titolare di indennità di accompagnamento:  no  sì

Titolare di analoghe agevolazioni estere:  no  sì, quali \_\_\_\_\_

Richiesta di agevolazione tariffaria:  no  sì, il \_\_\_\_\_

**chiede l'ammissione**

a tempo indeterminato nella Residenza per Anziani \_\_\_\_\_

oppure / o a tempo determinato nella Residenza per Anziani \_\_\_\_\_

per il periodo / dal periodo \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Centro diurno

**Tipologia di ricovero desiderato:**

stanza singola

stanza doppia

**Urgenza dell'ammissione**

urgente

non urgente

Il sottoscritto/La sottoscritta dichiara:

- di essere a conoscenza che prima dell'ammissione nella Residenza per Anziani verrà sottoscritto il relativo contratto ospite-struttura;
- di conoscere ed accettare le condizioni generali per l'ammissione nella Residenza per anziani previste nella Carta del servizio nella versione attuale;
- di pagare l'intera retta giornaliera o tariffa (tariffa base) o comunque di assicurarne il pagamento;
- di essere informato/a della possibilità di presentare domanda di agevolazione tariffaria presso il Distretto sociale o Comune competente ai sensi del decreto del Presidente della Giunta provinciale 11 agosto 2000, n. 30, e successive modifiche, al fine di pagare una tariffa (tariffa base) agevolata in base alla propria situazione economica, secondo quanto previsto dal medesimo decreto;
- di essere informato/a che – se necessario – anche i parenti di 1° grado devono provvedere al pagamento della tariffa (tariffa base) in base alla loro situazione economica, secondo quanto previsto dal D.P.G.P. n. 30/2000;
- di essere informato/a del proprio obbligo di informare le persone obbligate al pagamento ai sensi del D.P.G.P. n. 30/2000 della loro eventuale compartecipazione tariffaria e della possibilità di presentare domanda di agevolazione tariffaria presso il Distretto sociale o Comune competente;
- di autorizzare la Residenza per anziani a informare per iscritto i propri familiari circa l'obbligo di pagamento della tariffa (tariffa base) ai sensi del D.P.G.P. n. 30/2000, e di essere disponibile a fornire alla Residenza stessa i dati a tal fine necessari;
- di aver ricevuto l'informativa sul "trattamento dei dati personali" prevista dalla normativa in materia di protezione dei dati personali di cui al regolamento (UE) 2016/679, di seguito denominato Regolamento generale sulla protezione dei dati;
- di essere a conoscenza che sia il giorno di ammissione che quello di dimissione vengono fatturati;
- di essere a conoscenza che al momento dell'ingresso nella struttura devono essere presentati anche altri documenti.

Al momento della sottoscrizione del contratto, l'ospite o i familiari obbligati alla compartecipazione tariffaria versano una **cauzione**, che corrisponde almeno alla tariffa base mensile stabilita dalla rispettiva Residenza per anziani e che non può superare due mensilità.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cauzione <u>Tires</u> stanza singola = 3.672,00 Euro   | <input type="checkbox"/> Cauzione stanza doppia = 3.486,00 Euro |
| <input type="checkbox"/> Cauzione <u>Ortisei</u> stanza singola = 3.714,00 Euro | <input type="checkbox"/> Cauzione stanza doppia = 3.528,00 Euro |

**IBAN : Schatzamtskonto BZG Salten-Schlern**

**Raiffeisen Landesbank Südtirol AG: IT 50 T 03493 11600 0003 0200 3627**

Per la prenotazione di un posto letto a tempo determinato deve essere versata una cauzione di 300 Euro.- la prenotazione stessa si perfeziona solo a seguito del relativo versamento. La cauzione per la prenotazione è detratta dall'importo della prima fattura. In caso di rinuncia al posto letto, essa verrà rimborsata al più tardi trenta giorni prima del giorno concordato per l'ammissione. Se la rinuncia avviene dopo tale termine, la cauzione verrà rimborsata solo per motivi validi e comprovabili.

**La cauzione verrà rimborsata** sul conto della signora / del signor \_\_\_\_\_

IBAN: del proprietario del conto bancario: \_\_\_\_\_

In caso di necessità, la Residenza per anziani si riserva il diritto, previa informativa motivata all'ospite e alla persona di riferimento, di disporre uno spostamento interno di stanza o un trasferimento in un'altra struttura.

**Parte informativa e persona di riferimento:**

**I richiedenti che non sono più in grado di decidere e curare i propri interessi necessitano di un tutore, un curatore o un amministratore di sostegno.**

**La persona di riferimento è l'interlocutore al quale il personale della Residenza per Anziani si rivolge per informazioni e comunicazioni.**

**1. Persona di riferimento**

tutore                       curatore                       amministratore di sostegno                       \_\_\_\_\_

Cognome e nome \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ grado di parentela \_\_\_\_\_

residente in via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

località \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_, cellulare \_\_\_\_\_

indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

**2. Persona di riferimento**

tutore                       curatore                       amministratore di sostegno                       \_\_\_\_\_

Cognome e nome \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ grado di parentela \_\_\_\_\_

residente in via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

località \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_, cellulare \_\_\_\_\_

indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

**Medico di base:**

Cognome e nome \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

**Eventuale medico specialista:**

Cognome, nome e contatto: \_\_\_\_\_

**tutore**

**curatore**

**amministratore di sostegno**

**Pers. di riferimento**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

La seguente dichiarazione va compilata **solamente** nel caso in cui la persona da accogliere non sia in grado di firmare per motivi di salute.

**Dichiarazione ai sensi dell'art. 4 del D.P.R. n. 445/2000**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

**dichiara in qualità di**

- coniuge  
 figlio / figlia (in assenza del coniuge)  
 parente (in assenza del coniuge e di figli)

che per motivi di salute la persona da accogliere non è temporaneamente in grado di firmare la domanda e le dichiarazioni in essa contenute.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**(All'atto della sottoscrizione del contratto ospite-struttura la presente domanda di ammissione e le dichiarazioni in essa contenute devono essere firmate dalla persona da accogliere ovvero dall'amministratore di sostegno, curatore o tutore)**

**Si consiglia di attivare un ordine permanente (SEPA) per il pagamento delle fatture della Residenza per anziani.**

Ordine permanente (SEPA)  SI  NO

Banca: \_\_\_\_\_ Filiale \_\_\_\_\_ IBAN \_\_\_\_\_

Destinatario/a della fattura è:  persona da accogliere  persona di riferimento

Cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

residente in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Località \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ grado di parentela \_\_\_\_\_

**Allegati per la domanda d'ammissione:**

- valutazione medica (ad es. questionario, referto, certificato)
- questionario biografico
- copia della tessera personale per l'assistenza sanitaria (cd. libretto sanitario) con eventuale esenzione ticket
- copia di un documento di identità e codice fiscale della persona da accogliere, del sottoscritto/della sottoscritta, dei familiari obbligati al pagamento e della persona di riferimento
- copia della nomina del tutore/curatore/amministratore di sostegno (se nominato)
- certificazione dell'invalidità civile (se certificata)
- copia dell'esito dell'inquadramento in un livello assistenziale o attestazione relativa all'indennità di accompagnamento percepita

### **Ingresso nella struttura, impegnativa al pagamento e riferimenti normativi:**

L'assegnazione del posto in struttura avviene in base all'ordine della lista d'attesa. Prima dell'ingresso nella struttura deve essere sottoscritto il contratto "ospite- struttura". Questo contratto definisce i diritti e i doveri delle parti coinvolte e garantisce trasparenza riguardo alle singole prestazioni offerte. La tariffa (tariffa base) a carico della persona assistita e dei suoi nuclei familiari è differente a seconda che si tratti di sistemazione in stanza singola o in stanza doppia. Tale tariffa (tariffa base) viene adeguata annualmente. Le tariffe (tariffe base) in vigore Le vengono comunicate a seguito di semplice richiesta presso l'Amministrazione della Residenza per anziani. Un apposito foglio informativo Le verrà consegnato nel corso del primo incontro o all'atto della presentazione della domanda.

**L'assegno di cura/L'indennità di accompagnamento erogato/a dalla Provincia non viene più corrisposto/a direttamente alla persona assistita a decorrere dal mese successivo all'avvenuta ammissione a tempo indeterminato.**

**Il sottoscritto/La sottoscritta conferma, con la propria firma, di aver ricevuto il citato foglio informativo e di essere stato informato/stata informata in merito ai costi della Residenza per anziani.**

Si dichiara che la persona da accogliere ha i seguenti familiari obbligati al pagamento ai sensi del D.P.G.P. n. 30/2000 (coniuge o equiparati, figli e genitori) e che questi sono informati circa i loro obblighi.

I sottoscritti si obbligano a pagare per intero la tariffa (tariffa base) o a presentare domanda di agevolazione tariffaria presso il Distretto sociale o Comune competente e a pagare la tariffa così calcolata.

Nome – Cognome	Data e luogo di nascita	Indirizzo	Numero di telefono	E-Mail	Firma
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
<b><u>ALTRO:</u></b>					

Il/La dichiarante è stato informato/stata informata ed è consapevole di quanto disposto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, e successive modifiche, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

*Letto, confermato e sottoscritto*

\_\_\_\_\_ (Data)

\_\_\_\_\_ (Firma)

**La firma deve essere apposta davanti alla persona incaricata, in caso contrario dovrà essere allegata copia di un valido documento di identità del/della dichiarante.**

## DICHIARAZIONE

### AI SENSI DELLE DISPOSIZIONI DI CUI AL REGOLAMENTO ( EU) (UE) 2016/679

#### Trattamento dei dati personali

Il sottoscritto/La sottoscritta dichiara di aver ricevuto le informazioni sulle disposizioni di cui al regolamento (UE) 2016/679, di seguito denominato Regolamento generale sulla protezione dei dati, e autorizza la Residenza per anziani all'utilizzo dei dati personali conferiti e/o successivamente acquisiti per scopi istituzionali e organizzativi e in base alle disposizioni di legge. I dati forniti saranno trattati nel rispetto delle disposizioni indicate nel citato regolamento e potranno essere comunicati esclusivamente ad altri enti pubblici obbligati ad accedervi per ragioni istituzionali. Il sottoscritto/La sottoscritta conferisce il proprio consenso alla comunicazione e diffusione dei dati personali per gli scopi previsti da disposizioni di legge.

Data

Firma

\_\_\_\_\_

#### Trattamento di categorie particolari di dati personali, compresi quelli relativi allo stato di salute, e autorizzazione alla comunicazione di informazioni relative allo stato di salute:

a) Il sottoscritto/La sottoscritta conferisce alla Residenza per anziani, ai sensi del precedente paragrafo concernente le disposizioni di cui al Regolamento generale sulla protezione dei dati, fino a revoca, l'autorizzazione al trattamento di categorie particolari di dati personali, compresi quelli relativi allo stato di salute, per gli scopi previsti da disposizioni di legge.

Sì

No

b) Il sottoscritto/La sottoscritta conferisce alla residenza per anziani, ai sensi del precedente paragrafo concernente le disposizioni di cui al Regolamento generale sulla protezione dei dati, fino a revoca, l'autorizzazione alla comunicazione di informazioni relative al proprio stato di salute alle seguenti persone: ad es. familiari/parenti/conoscenti/conviventi/medico della residenza per anziani o medico di fiducia (nome e cognome, eventuale numero di telefono):

Sì

No

Sì a:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

No a:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Informazione circa la PRESENZA dell'ospite nella Residenza per anziani:

Il sottoscritto/La sottoscritta conferisce, fino a revoca, alla Residenza per anziani, l'autorizzazione a comunicare a terzi la propria presenza nella struttura:

**Sì**

**No**

**Sì, eccetto a (indicare nome e cognome)**

---

---

### Autorizzazione all'esposizione del nome, alla pubblicazione di foto e alla comunicazione della data di nascita:

Il sottoscritto/La sottoscritta conferisce, fino a revoca, alla Residenza per anziani, l'autorizzazione ad esporre il proprio nome alla porta della propria stanza, a pubblicare foto all'interno della Residenza stessa e a rendere nota la propria data di nascita (età):

Nome		Foto		Comunicazione della data di nascita	
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

Data

Firma

### CONSENSO PER LA PUBBLICAZIONE DI FOTO E REGISTRAZIONI VIDEO

Informiamo qui esplicitamente, che da parte di collaboratori autorizzati della nostra struttura, nel corso di eventi, vengono fatte, utilizzate, pubblicate e diffuse foto di gruppo e/o di singoli in forma digitale e tradizionale, nonché registrazioni video dei ospiti della residenza per anziani. Queste riprese e film vengono utilizzate esclusivamente secondo le nostre attività, come ad es. lavagna informativa, depliant, brochure di pubblicità ed informazioni e pagine internet delle stesse.

#### CONSENSO:

Con la mia firma confermo di aver preso atto della sopraindicata informazione e autorizzo espressamente le sopra nominate residenze per anziani (titolari del trattamento dei dati), all'uso gratuito delle foto e riprese per gli scopi sopraindicati.

Data

Firma

**oppure (se pertinente):**

tutore       curatore       amministratore di sostegno       altro

Secondo quanto previsto dagli articoli 6 e 9 del Regolamento generale sulla protezione dei dati, firma di chi esercita legalmente la potestà: se la persona da accogliere non è in grado di firmare, il consenso può essere prestato dal tutore, curatore, amministratore di sostegno, da un prossimo congiunto, da un familiare, da un convivente (partner) o, in loro assenza, dal/dalla responsabile della struttura.

Data

Firma

*Il presente modulo è stato redatto nel rispetto del linguaggio di genere, fatta eccezione per alcuni termini giuridici riportati solo al maschile. Si fa presente che nelle Residenze per anziani della Comunità Comprensoriale di Salto-Sciliar vige il principio della parità di genere.*

## Allergeni ed/oppure altre intolleranze

- 1. Cereali contenenti glutine
- 2. Crostacei
- 3. Uova
- 4. Pesce
- 5. Arachidi
- 6. Semi di soia
- 7. Latte (incluso il lattosio)
- 8. Frutta a guscio, vale a dire mandorle, nocciole, noci, anacardi, noce di pecan, noce del Brasile, noci del Queensland
- 9. Sedano
- 10. Senape
- 11. Semi di sesamo
- 12. Diossido di zolfo e solfiti a concentrazioni maggiori di 10 mg/kg o 10 mg/litro riportati come SO<sub>2</sub>
- 13. Lupino
- 14. Molluschi

Prego fare una crocetta su quelle sostanze alle quali l'ospite è allergico oppure intollerante.

ALTRO

---

---

---

---

### Riservato all'Amministrazione

Ai sensi dell'art. 21 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445,

io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ confermo che

- il/la dichiarante ha firmato la domanda in mia presenza
- l'identità del/della dichiarante è stata accertata tramite un valido documento di identità

\_\_\_\_\_  
(Data)

(Firma dell'incaricato/a)

Prima dell'ammissione della persona nella struttura, il Comune competente ne deve essere informato.

Nel caso di ammissioni nella Residenza per anziani di persone che prima dell'ammissione risiedevano in Comuni fuori provincia di Bolzano, il Comune competente deve ASSOLUTAMENTE essere informato PRIMA riguardo all'accoglienza; ancora meglio sarebbe chiedere una impegnativa al pagamento da parte dello stesso. Inoltre deve essere preventivamente contattato il Comprensorio sanitario competente.

L'ammissione di persone che non hanno ancora compiuto il 60esimo anno di età, o che non sono in possesso della cittadinanza italiana, deve essere preventivamente concordata con il Servizio sociale (Comunità comprensoriale di Salto – Sciliar) competente.



# INFORMATIVA AI SENSI DEGLI ARTICOLI 13 E 14 DEL REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI PER L'ASSISTENZA AGLI ANZIANI IN STRUTTURE RESIDENZIALI

## Rinvio alla tutela dei dati

La informiamo che il regolamento (UE) 2016/679, di seguito denominato Regolamento generale sulla protezione dei dati, prevede la protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali. I dati personali vengono raccolti e trattati da questa Amministrazione esclusivamente per scopi istituzionali.

### **Finalità del trattamento dei dati**

La raccolta e il trattamento dei dati personali avvengono nell'ambito della normale attività amministrativa e sono finalizzati allo svolgimento dei compiti istituzionali, tecnico-amministrativi o contabili, ovvero per scopi connessi con l'esercizio dei diritti e delle competenze spettanti ai cittadini e agli amministratori.

### **Trattamento di categorie particolari di dati personali**

Il trattamento riguarda anche categorie particolari di dati personali nell'ambito dell'assistenza agli anziani nelle strutture residenziali (dati relativi all'assistenza e cura degli ospiti delle Residenze) ai sensi della seguente normativa: legge provinciale 30 aprile 1991, n. 13, e successive modifiche, ed in particolare articoli 10 e 11/quarter, nonché la delibera della Giunta provinciale n. 145 del 7 febbraio 2017, e successive modifiche.

### **Modalità del trattamento**

Il trattamento dei dati avviene mediante strumenti manuali e/o informatici e telematici e comunque con modalità tali da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi.

La **comunicazione dei dati** è obbligatoria ai fini dello svolgimento delle attività istituzionali.

La **mancata comunicazione dei dati** ha come conseguenza che obblighi di legge possano essere disattesi e/o che l'Amministrazione sia impedita ad adempiere richieste presentate dalle persone interessate.

### **I dati possono essere comunicati:**

a tutti i soggetti giuridici (uffici, enti e organi della pubblica amministrazione, aziende ed istituzioni) obbligati alla conoscenza dei dati ai sensi delle vigenti disposizioni, o che possono venirne a conoscenza, nonché alle persone titolari del diritto di accesso agli atti.

I dati possono essere portati a conoscenza del titolare, dei responsabili, degli incaricati del trattamento dei dati personali e dell'amministratore di sistema di questa Amministrazione.

### **Durata del trattamento e periodo di conservazione**

I dati saranno trattati per tutto il tempo necessario allo svolgimento del rapporto giuridico in essere tra le parti e saranno conservati per un periodo di 10 anni, salvo diversa e specifica disposizione normativa.

### **Diritti della persona interessata**

Salva diversa disposizione, i diritti della persona interessata ai sensi del Regolamento generale sulla protezione dei dati sono i seguenti:

- ottenere la conferma dell'esistenza dei dati che la riguardano;
- revocare in qualsiasi momento il proprio consenso. La revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca;
- ottenere la comunicazione degli stessi in forma comprensibile;
- richiedere l'indicazione dell'origine dei dati personali, le finalità e modalità del trattamento, la logica applicata
- in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
- chiedere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
- richiedere l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;

- chiedere la limitazione del trattamento dei dati personali che la riguardano od opporsi, per motivi legittimi, al loro trattamento dei dati;
- proporre reclami a una autorità di controllo.

### **Informazioni sul titolare del trattamento dei dati**

Titolare del trattamento dei dati è la scrivente Amministrazione, nella persona del legale rappresentante pro tempore.

Dati di contatto: Comunità Comprensoriale di Salto-Sciliar

Tel: 0471 319400

Fax: 0471 319401

E-mail: [info@ccsaltosciliar.it](mailto:info@ccsaltosciliar.it)

L-Pec: [bzgsaltenschlern.ccsaltosciliar@legalmail.it](mailto:bzgsaltenschlern.ccsaltosciliar@legalmail.it)

**La persona responsabile per l'elaborazione dei ricorsi** presentati ai sensi del Regolamento generale sulla protezione dei dati è Dott. Thomas Dusini, Via Innsbruck 29 ,39100 BOLZANO, tel. 0471 319400.

### **Informazioni sul responsabile protezione dati (RPD)**

Dati di contatto: Avv. Paolo Recla

E-mail dedicata: [dpo@ccsaltosciliar.it](mailto:dpo@ccsaltosciliar.it)

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



**Kriterien für die Bildung der Rangordnung für die Daueraufnahme in das Seniorenwohnheim Tiers und St. Ulrich (gemäß Beschluss der Landesregierung Nr. 1419/2018 und Änderungen laut Beschluss Nr. 421/2022 )**

**Criteri per la formazione delle graduatorie per l'ammissione alla residenza per anziani di Tires e Ortisei (Delibera della Giunta provinciale n. 1419/ 2018 e modifiche della delibera n. 421/2022)**

**1.BEWERTUNG DES PFLEGE – UND BETREUUNGSBEDARFS - MAXIMAL 40 PUNKTE  
VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI NON AUTOSUFFICIENZA - MASSIMO 40 PUNTI**

Pflegestufe 0 Livello 0	0 Punkte 0 punti
Pflegestufe 1 oder Bezieher von Begleitungsgeld Livello 1 oppure beneficiario dell'indennità di accompagnamento	10 Punkte 10 punti
Pflegestufe 2 Livello 2	20 Punkte 20 punti
Pflegestufe 3 Livello 3	30 Punkte 30 punti
Pflegestufe 4 Livello 4	40 Punkte 40 punti

Liegt keine Einstufung im Sinne des Pflegegesetzes vor, nimmt das Fachpersonal des Trägers (bestehend aus Krankenpflegepersonal und Sozialbetreuungspersonal) eine Einschätzung des Pflege- und Betreuungsbedarfs aufgrund der vorliegenden Informationen und Unterlagen vor und gibt eine Bewertung zwischen 0 und 40 Punkten ab. (gemäß Art. 8 des Beschlusses der Landesregierung Nr. 1419/2018 ).

*Se il livello di non autosufficienza non è stato accertato ai sensi della legge sulla non autosufficienza, il personale competente dell'ente gestore (personale infermieristico nonché operatrici e operatori socio-assistenziali) effettua una stima del fabbisogno di assistenza e cura sulla base delle informazioni e dei documenti disponibili, assegnando una valutazione compresa tra 0 e 40 punti. ( Delibera della Giunta provinciale n. 1419/ 2018).*

**2.EINSCHÄTZUNG DER FAMILIÄREN UND SOZIALEN SITUATION – MAXIMAL 30 PUNKTE  
VALUTAZIONE DELLA SITUAZIONE FAMIGLIARE E SOCIALE– MASSIMO 30 punti**

2a) Betreuung zu Hause durch das familiäre Netzwerk oder durch andere ambulante, teilstationäre oder stationäre Dienste (max. 10 Punkte)

2a) possibilità e sostenibilità dell'assistenza a casa tramite la rete familiare o altri servizi ambulatori, semiresidenziali o residenziali (mass. 10 punti)

Die Betreuung ist angemessen l'assistenza è adeguata	0 Punkte 0 punti
Die Betreuung ist teilweise angemessenen l'assistenza è in parte adeguata	5 Punkte 5 punti
keine angemessene Betreuung aber es bestehen wichtige Sozialkontakte die bei einer wohnortnahen Heimaufnahme aufrecht bleiben l'assistenza non è adeguata ma ci sono legami sociali importanti nel paese che rimarrebbero mantenuti se la persona venisse ammessa alla RPA nel proprio paese	10 Punkte 10 punti

\* Die Einschätzung ob die Betreuung unzureichend ist, wird in Absprache mit den Diensten (event. Hausarzt, Krankenpflege- oder Hauspflegedienst) gemacht.

La valutazione in merito all'adeguatezza deve essere fatta in collaborazione con altri servizi quali ad esempio (eventualmente medico curante, assistenza domiciliare, Servizio infermieristico territoriale).

2b) einschränkende Elemente in der derzeitigen Wohnsituation (max. 10 Punkte)

2b) difficoltà presenti nell'attuale situazione abitativa (mass. 10 punti)

Barrierefreies Wohnen bzw. in der derzeitigen Wohnung sind keine einschränkende Elemente vorhanden L'abitazione attuale non presenta elementi di difficoltà o barriere architettoniche	0 Punkte 0 punti
in der derzeitigen Wohnung sind einschränkende Elemente vorhanden (z.B. architektonische Barrieren, fehlende sanitäre Einrichtungen) L'abitazione attuale presenta elementi di difficoltà quali per esempio: barriere architettoniche, mancanza di impianti igienico-sanitari.	5 Punkte 5 punti
Wohnmöglichkeit nicht vorhanden oder als unbewohnbar erklärt, wodurch es einer Aufnahme in einem SWH bedarf Sono presenti nell'attuale situazione abitativa, che rendono necessaria un'accoglienza di tipo residenziale nella struttura	10 Punkte 10 punti

2c) spezifische persönliche Schwierigkeiten des Antragstellenden (max. 10 Punkte)

2c) difficoltà personali specifiche del richiedente (mass. 10 punti)

Keine spezifischen Schwierigkeiten Non sono presenti difficoltà specifiche	0 Punkte 0 punti
Überwindbare Schwierigkeiten Difficoltà superabili	5 Punkte 5 punti
akuter Vorfall/Verschlechterung des Gesundheitszustandes/Palliativpflege (Schlaganfall, fortschreitender Tumor, Fraktur) Episodio/incidente oppure grave peggioramento della salute/cure Palliative (ictus, avanzamento del tumore, frattura )	10 Punkte 10 punti

### 3. WEITERE BEWERTUNGSKRITERIEN - MAXIMAL 30 PUNKTE SITUAZIONE ABITATIVA - MASSIMO 30 PUNTI

Wohnsitz im primären Einzugsgebiet <sup>1</sup> Residenza nel territorio primario	30 Punkte 30 punti
--	-----------------------

### 4. EINREICHEDATUM DES ANTRAGS - MAXIMAL 10 PUNKTE DATA DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA - MASSIMO 10 PUNTI

Einreichdatum liegt weniger als 1 Monat zurück Dalla data di presentazione sono trascorsi meno di 1 mese	0 Punkte 0 punti
---	---------------------

Es wird 1 Punkt nach Vollendung eines jeden weiteren Monats vergeben bis max. 10 Punkte.  
Viene assegnato 1 punto dopo ogni mese trascorso fino ad un massimo di 10 punti.

Gibt die Person innerhalb der Frist keine Antwort oder ist sie nicht auffindbar, so wird sie aus der Warteliste gestrichen.

Wenn einem/r Antragsteller/in die Aufnahme angeboten wird und er/sie auf die Aufnahme zum angebotenen Datum, innerhalb der genannten Frist den angebotenen Platz verzichtet, so bleibt sie in der Warteliste, wobei ihr jedoch 10 Punkte aberkannt werden, die sich auf die Einschätzung der familiären und sozialen Situation und auf das Datum der Antragstellung beziehen.

In caso di mancata risposta entro il termine o di irreperibilità della persona, quest'ultima viene cancellata dalla lista d'attesa.

Se ad un richiedente viene offerto l'ammissione ad una certa data e questo rifiuta entro il termine, la persona resta in lista d'attesa, ma perde 10 punti riferiti alla valutazione della situazione familiare e sociale e quelli relativi alla data di presentazione della domanda.

<sup>1</sup> SWH Tiers = Wohnsitzgemeinde Tiers

RpA Tires = residenza nel comune di Tires

SWH St. Ulrich = St. Ulrich, St. Christina, Wolkenstein und ladinische Fraktionen von Kastelruth

RpA Ortisei = residenza a Ortisei, S. Cristina, Selva di Gardena o una frazione ladina del comune di Castelrotto

## DATI PER LA STATISTICA

### La domanda di ammissione viene presentata su iniziativa:

- dell'ospite  da altre persone o uffici  
 dagli familiari

### Motivo dell'entrata nella residenza per anziani:

- problemi nella comunità o sociali  problemi di alloggio  
 altri motivi, specificare \_\_\_\_\_  problemi di salute

### Provenienza

- da un'altra residenza per anziani  da una famiglia con assistenza ambulante  
 dall'ospedale  da una famiglia con assistenza ambulante  
 da un altro servizio, altra struttura  altro (specificare \_\_\_\_\_)