



Azienda Pubblica di Servizi alla Persona "Istituto Maria Redditi"

ALTA VALDICHIANA SENESE: SINALUNGA - TORRITA DI SIENA - TREGUANDA

**Modello di domanda per richiesta inserimento
nella R.A. di Sinalunga
Residenza Assistenziale destinata ad utenti autosufficienti**

All' A.P.S.P. Istituto Maria Redditi
(Per invio mezzo e-mail: info@istitutoredediti.it)
(oppure inserisca il Modello nel Forum nella sezione *Modulistica*,
<https://www.istitutoredediti.it/>)

Il/La Sottoscritto/a _____, nato/a a _____
il _____, residente in _____ Via _____,
CODICE FISCALE: _____
recapiti telefonici: _____ indirizzo e-mail: _____

VISTE le condizioni di cui all'Allegato 1 al seguente modello di domanda;

CHIEDE

In qualità di _____ (indicare il grado di parentela) dell'ANZIANO/A
Sig./ra _____ nato/a a _____
il _____, residente in _____, Via _____
CODICE FISCALE: _____

In condizione di accertata AUTOSUFFICIENZA

(Allegare copia certificazione rilasciata dal Medico competente)

Richiede l'inserimento in forma :

- [] temporanea, indicativamente per il periodo dal _____ al _____
[] permanente a decorrere dal _____

ALLO SCOPO DICHIARA CHE:

A) L'anziano/a vive attualmente: [] SOLO/a [] convive con il nucleo familiare di :

B) Dichiaro altresì che l'inserimento in R.A. viene richiesto per le seguenti motivazioni:

[] per condizioni di effettive difficoltà sociali, assistenziali, che riguardano direttamente l'anziano/a _____

[] si impegna a produrre copia della documentazione sanitaria necessaria per garantire gli interventi di assistenza e segnalare contestualmente all'inserimento il nominativo del Medico di Medicina Generale (Medico di famiglia) che dovrà garantire presso la struttura la propria prestazione quando necessaria.

Dichiaro che il/la Sottoscritta _____ è referente dell'anziano/a per il quale si formula la presente domanda, nei rapporti economici e generali con cd. Azienda.

Dichiara di aver preso visione delle determinazioni relativamente alle rette a carico degli utenti in vigore presso l'R.A. dell'Istituto Maria Redditi, descritte nel modulo in allegato.

Lì _____

FIRMA



Azienda Pubblica di Servizi alla Persona "Istituto Maria Redditi"

ALTA VALDICHIANA SENESE: SINALUNGA - TORRITA DI SIENA - TREQUANDA

ALLEGATO 1

RETTA QUOTA SOCIALE

Dal 1.01.2025 al 31.12.2025

1. IMPORTO RETTA GIORNALIERA QUOTA SOCIALE

Per l'anno 2025 la quota sociale per posti di R.A. per utenti autosufficienti è fissata in €. 44,00

2. VERSAMENTO CAUZIONE PER I NUOVI INGRESSI

- a) La Cauzione deve essere versata contestualmente all'ingresso dell'ospite con le seguenti modalità: mediante Bonifico bancario intestato a "Tesoriere Istituto Maria Redditi A.P.S.P. Sinalunga" c/o Banca Cras, Credito Cooperativo Toscano, ubicata in Via Trento n. 1 – Sinalunga – con il seguente codice IBAN IT44F0707572040000000011667
- b) Il mancato pagamento della cauzione comporta la revoca dell'inserimento programmato.
- c) Entità della Cauzione:
 - Per ricoveri temporanei superiori ai 30 gg. la cauzione è fissata in €. 1.320,00 (pari alla quota giornaliera per 30 gg.).
 - Per ricoveri temporanei non superiori ai 30 gg la cauzione è fissata nell'importo di €. 660,00 (pari alla metà della quota di cui sopra)

3. MODALITA' DETERMINAZIONE E PAGAMENTO *RETTA UNICA-QUOTA SOCIALE*

- a) Il pagamento della retta giornaliera è dovuto sia per il giorno dell'ingresso che per quello di uscita a prescindere, dagli orari in cui il movimento di accoglienza /dimissione dell'Ospite venga effettuato;
- b) Il pagamento della quota giornaliera è dovuto anche nei giorni di eventuale ricovero in ospedale dell'Ospite in quanto la Struttura garantisce il mantenimento del posto letto a prescindere dalla sua temporanea assenza;
- c) Il pagamento delle fatture deve essere effettuato con le seguenti modalità: Bonifico bancario intestato a "Tesoriere Istituto Maria Redditi A.P.S.P. Sinalunga" c/o Banca Cras, Credito Cooperativo Toscano, ubicata in Via Trento n. 1 – Sinalunga – con il seguente codice IBAN IT44F0707572040000000011667.
- d) Le fatture relative alla retta unica sono esenti da IVA e sono soggetti all'Imposta di bollo di € 2,00.

4. FARMACI

I farmaci devono essere prescritti dal Medico di Medicina Generale (Medico di Famiglia). Qualora le prescrizioni si riferiscono a farmaci soggetti a pagamento (non coperti da esenzione del Servizio Sanitario Nazionale) l'acquisto viene garantito tramite la Farmacia Comunale di Sinalunga gestita dall'Azienda con emissione di regolare fattura mensile da regolarizzare con le stesse modalità previste per la retta mensile.

Nella retta sono compresi tutti i servizi sociali e socio-assistenziali garantiti in una R.A. (residenza assistenziale) dalle norme regionali e dalla Carta dei Servizi dell'Azienda in relazione al "Piano assistenziale Individuale" predisposto per ciascun ospite.

Il richiedente l'inserimento, Sig./ra _____

sottoscrive le predette condizioni in segno di accettazione.

Lì _____

FIRMA per presa d'atto e accettazione

ALLEGATO 2

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (secondo quanto disposto dall'Informativa di cui all'Allegato A)

Il sottoscritto/a

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

Luogo di nascita _____

Data di nascita _____

TITOLARE E FINALITÀ DEL TRATTAMENTO

Ricevuta, letta e compresa l'informativa relativa all'utilizzo dei miei dati personali (di cui all'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679), da parte del Titolare del Trattamento APSP Istituto Maria Redditi secondo le finalità riportate di seguito:
Servizi sociali e di assistenza

FINALITÀ PER LE QUALI NON È RICHIESTO CONSENSO

Preso atto che il trattamento dei miei dati personali è necessario:

- all'esecuzione di un contratto di cui sono parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su mia richiesta

relativamente alle finalità di seguito riportate, per le quali non è richiesto il mio consenso:

Servizi sociali e di assistenza

CONDIZIONI PER CATEGORIE PARTICOLARI DI DATI PERSONALI

In relazione al trattamento dei miei dati personali, specificatamente quelli sensibili, genetici, biometrici, relativi alla salute (art. 9 Regolamento UE 2016/679), sono a conoscenza e prendo atto che il trattamento riguarda, tra le altre, le seguenti tipologie di dati:

Stato di salute (Dati relativi alla salute); Stato di salute - patologie attuali (Dati relativi alla salute); Stato di salute - terapie in corso (Dati relativi alla salute); Stato di salute - patologie pregresse (Dati relativi alla salute)

e che il trattamento dei miei dati personali appartenenti a tali categorie particolari è possibile poiché presto il consenso al trattamento o perché il trattamento è fondato sulle condizioni seguenti:

- È possibile perché l'interessato intende prestare il proprio consenso esplicito al trattamento di tali dati personali per una o più finalità specifiche

Località e data: _____

Firma dell'interessato _____