



Fondazione
Casa di Soggiorno per Anziani - Onlus
Bedizzole

Richiesta di Ammissione MAP

M.AMM/5
Rev.07 06/18

Via Sonvigo, 22 - 25081 BEDIZZOLE (BS)
C.F. 84001410178 P.IVA 00804850980
TEL. 030/674377 – FAX 030/6870431
info@csabedizzole.it
www.csabedizzole.it

SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE

RICHIESTA DI AMMISSIONE MINI ALLOGGI PROTETTI

IL SOTTOSCRITTO _____
NATO A _____ IL _____
C.F. _____ RESIDENTE A _____ IN
VIA _____ IN QUALITA' DI _____
NUMERO DI TELEFONO PRINCIPALE _____

CHIEDE

CHE IL/LA SIG./RA _____
NATO/A A _____ IL _____
RESIDENTE A _____ IN VIA _____
CODICE FISCALE _____
TESSERA SANITARIA (CODICE ASSISTITO) _____
ESENZIONI _____

VENGA AMMESSO

PRESSO I MINI ALLOGGI PROTETTI

MOTIVAZIONE DELLA RICHIESTA DI AMMISSIONE

- **Parziale autonomia nelle attività della vita quotidiana;**
- **problemi socio ambientali:** _____

A TALE SCOPO DICHIARA:

- 1) di essere a conoscenza e di accettare senza eccezione o riserva, il Regolamento dell'Ente così come specificato in dettaglio nel Regolamento medesimo, nella Carta dei Servizi e nel Contratto di ingresso della Fondazione;
- 2) di essere a conoscenza che la retta potrà essere variata, a giudizio insindacabile, dal Consiglio di Amministrazione;
- 3) di essere a conoscenza che la residenza anagrafica, in adempimento alle disposizioni della circolare 9/2012 del 27/04/2012 pubblicata dal Ministero dell'Interno "Cambio Residenza in Tempo Reale, dovrà essere variata dall'interessato /famigliare /amministratore di sostegno / tutore / procuratore, recandosi presso il Comune;
- 4) di essere stato informato in merito a quanto previsto dal Regolamento UE 679/2016 "Regolamento Generale sulla Protezione dei dati" GDPR e DPR 445/2000

DATA

IL RICHIEDENTE

PARENTI DI RIFERIMENTO

| NOMINATIVO | GRADO DI PARENTELA | TELEFONO (cellulare + fisso) | INDIRIZZO e-mail |
|-------------------|---------------------------|-------------------------------------|-------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

DOCUMENTI OBBLIGATORI DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI AMMISSIONE:

- 1) certificato medico attestante le condizioni sociosanitarie dell'ospite e l'assenza di malattie infettive contagiose;
- 2) autocertificazione residenza e stato di famiglia (allegato A/B o altro documento rilasciato da uffici comunali);
- 3) **consenso al trattamento dei dati personali**;
- 4) copia della carta d'identità / patente / passaporto (interessato e richiedente);
- 5) copia della tessera sanitaria e dell'esenzione eventuale;
- 6) copia accompagnamento/invalidità o copia della domanda presentata;
- 7) questionario per dati integrativi SOSIA;
- 8) valutazione dei servizi sociali solo per i residenti a Bedizzole.

A TALE SCOPO IL RICHIEDENTE DICHIARA:

Di essere a conoscenza che l'eventuale accoglimento definitivo è subordinato ad un periodo di osservazione della durata di un mese durante il quale verrà verificata la compatibilità dell'ospite con la struttura. In caso negativo l'Ente ha facoltà di dimettere l'ospite.

SI IMPEGNA, INCONDIZIONATAMENTE ED IRREVOCABILMENTE, personalmente o attraverso dei propri incaricati, a riprendere in consegna l'ospite alla fine del rapporto instaurato con la Fondazione.

Quanto sopra, sia nel caso di dimissioni volontarie che di dimissioni disposte ai sensi del Regolamento dell'Ente (morosità nei pagamenti, etc.), fermo restando l'impegno di pagamento fintanto che l'ospite rimarrà presso i MAP.

Si consegnano ai richiedenti sopra specificati al momento di compilazione della domanda di ingresso i documenti di seguito elencati:

- **Informativa sulla tutela della persona fragile**
- **Richiesta di Servizi Aggiuntivi a pagamento**
- **Carta dei Servizi M.A.P.**
- **Codice Etico**
- **Parte Generale del Modello Organizzativo D.Lgs. 231/2001**
- **Importo rette in essere**
- **Contratto di Ingresso**
- **Normativa Consenso informato**

RICHIESTA SERVIZI AGGIUNTIVI A PAGAMENTO:

- SERVIZIO PASTI:
 - COLAZIONE
 - PRANZO
 - CENA
 - PRANZO – CENA
 - GIORNATA ALIMENTARE COMPLETA
- SERVIZIO LAVANDERIA:
 - SI
 - NO
- ASSISTENZA ALL'IGIENE PERSONALE:
 - RISVEGLIO MATTUTINO
 - BAGNO ASSISTITO
- SERVIZIO PULIZIE:
 - GIORNALIERO FESTIVI ESCLUSI
 - 3 VOLTE ALLA SETTIMANA
- ASSISTENZA INFERMIERISTICA
 - SI
 - NO

NOTE:

DATA

IL RICHIEDENTE



Fondazione
Casa di Soggiorno per Anziani-Onlus
Bedizzole

VALUTAZIONE CLINICO-FUNZIONALE

(Riservata al Medico di Medicina Generale/Medico di Reparto)

Cognome Nome _____ data nascita ____ / ____ / ____

Attività avanzate della vita quotidiana (I.A.D.L.)

(SI: funzione conservata ; NO: funzione persa)

| | | | | | |
|-------------------------------|----|----|-------------------------------------|----|----|
| Capacità di usare il telefono | SI | NO | Biancheria | SI | NO |
| Fare acquisti | SI | NO | Utilizzo mezzi di trasporto | SI | NO |
| Preparazione del cibo | SI | NO | Responsabilità nell'uso dei farmaci | SI | NO |
| Governo della casa | SI | NO | Capacità di maneggiare il denaro | SI | NO |

Attività di base

(Grado di autonomia nelle attività di base)

A: Indipendente; B: piccolo aiuto/supervisione; C: elevata dipendenza; D: totale dipendenza

| | A | B | C | D |
|---|---|---|---|---|
| Alimentazione (se c'è bisogno di tagliare cibo=aiuto) | | | | |
| Abbigliamento (capacità di vestirsi correttamente) | | | | |
| Toilette personale (capacità di curare il proprio aspetto fisico) | | | | |
| Fare il bagno e/o la doccia senza aiuto | | | | |
| Controllo sfintere e vescica | | | | |
| Trasferimenti letto-sedia e viceversa | | | | |
| Uso della toilette (asciugarsi, far scorrere l'acqua) | | | | |
| Camminare in piano | | | | |
| Salire e scendere le scale | | | | |

Profilo cognitivo e comportamentale:

funzioni corticali superiori:

| Funzione | Normale | Deficit | | |
|-------------------------|---------|---------|----------|-------|
| | | Lieve | Moderato | Grave |
| Memoria | | | | |
| Orientamento spaziale | | | | |
| Orientamento nel tempo | | | | |
| Giudizio critico | | | | |
| Linguaggio/comprensione | | | | |
| Riconoscimento persone | | | | |

Disturbi del comportamento

| | Assente | Lieve | Moderato | Grave | | Assente | Lieve | Moderato | Grave |
|---------------|---------|-------|----------|-------|--------------|---------|-------|----------|-------|
| Deliri | | | | | Depressione | | | | |
| Wandering | | | | | Anoressia | | | | |
| Aggressività | | | | | Irritabilità | | | | |
| Allucinazioni | | | | | Insomnia | | | | |

STATO DI SALUTE SOMATICA INDICE DI COMORBILITA' (CIRS)

| Apparato | Gravità * | | | | |
|---|------------------|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| CARDIOPATIE (aritmica, ischemica, valvolare) Diagnosi: _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| IPERTENSIONE ARTERIOSA Diagnosi: _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| VASCULOPATIE PERIFERICHE Diagnosi: _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| EMOPATIE (anemie, mielopatie, ecc.) Diagnosi: _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| PATOLOGIE RESPIRATORIE Diagnosi: _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| PATOLOGIE ORGANI SENSORIALI Diagnosi: _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| PATOLOGIE GASTROENTERICHE Diagnosi: _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| PATOLOGIE EPATICHE E VIE BILIARI Diagnosi: _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| PATOLOGIE RENALI Diagnosi: _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| PATOLOGIE GENITO-URINARIE Diagnosi: _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| PATOLOGIE MUSCOLO-SCHELETRICHE E CUTANEE Diagnosi: _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| PATOLOGIE DEL SNC E PERIFERICO Diagnosi: _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| PATOLOGIE ENDOCRINO-METABOLICHE Diagnosi: _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| PATOLOGIE PSICHIATRICHE Diagnosi: _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

* 1: assente; 2: lieve; 3: moderato; 4: grave; 5: molto grave.

TERAPIE IN CORSO

FATTORI DI GRAVITA'

| | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|----|----|-----------|-------------------------|----------------------------------|----|---------------|-------------|---------------|--------------|-----|
| Ausili movimento | si | no | bastone | carrozzina | Alimentazione artificiale | si | no | SNG | PEG | parenterale | |
| Incontinenza | si | no | pannolone | cat. vesc | Insuff respiratoria | si | no | 6 ore | cost | ventilazione | |
| Diabete | si | no | dieta | -ipoglicem -insulina | Dialisi | si | no | peritoneale | extracorporea | | |
| Decubiti | si | no | n ° | Protezione | si | no | Cadute | | no | si | n ° |

Malattie infettive contagiose :

- NO
- SI (quali) _____

Data di compilazione _____

**TIMBRO E FIRMA
DEL MEDICO**



DICHIARAZIONE CUMULATIVA SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Art. 2 legge 15/68, come modificato all'art. 3 comma 10, legge 127/97, e succ. DPR 445/2000 art. 46-47-75-76)

IO SOTTOSCRITT_ _____
NAT_ A _____ (____) IL _____

DICHIARO

DI ESSERE NAT_ A _____ (____) IL _____
DI ESSERE RESIDENTE A _____ IN VIA _____
DI GODERE DEI DIRITTI POLITICI E DI ESSERE TUTTORA VIVENTE.

DI ESSERE:

- CELIBE
- NUBILE
- CONIUGAT_
- VEDOV_
- DIVORZIAT_

LA MIA FAMIGLIA E' COSI' COMPOSTA:

| N. | COGNOME E NOME | DATA DI NASCITA | GRADO DI PARENTELA |
|----|----------------|-----------------|--------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Il sottoscritto dichiara inoltre, ai sensi dell'art.13 del Regolamento Europeo 679/2016, di essere stato informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data

Firma



Fondazione
Casa di Soggiorno per Anziani - Onlus
Bedizzole

Allegato B

DICHIARAZIONE CUMULATIVA SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Art. 2 legge 15/68, come modificato all'art. 3 comma 10, legge 127/97, e succ. DPR 445/2000 art. 46-47-75-76)

IO SOTTOSCRITTO/SOTTOSCRITTA _____
IN QUALITA' DI _____

DICHIARA CHE

IL LA SIG./RA _____
NATO/A A _____ (____) IL _____
E' TUTTORA VIVENTE
RISIEDE A _____ IN VIA _____
E GODE DEI DIRITTI POLITICI

IL LA SIG./RA E':

- CELIBE
- NUBILE
- CONIUGAT_
- VEDOV_
- DIVORZIAT_


LA FAMIGLIA DEL/LA SIG./RA E' COSI' COMPOSTA:

| N. | COGNOME E NOME | DATA DI NASCITA | GRADO DI PARENTELA |
|----|----------------|-----------------|--------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Il sottoscritto dichiara inoltre, ai sensi dell'art.13 del Regolamento Europeo 679/2016, di essere stato informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

_____ Data

_____ Firma

| | | |
|---|---|----------------------------------|
|  <p>Fondazione Casa di Soggiorno per Anziani - Onlus Bedizzole</p> | <p>Informativa Sul Trattamento dei Dati PRIVACY (Richiesta d'ingresso)</p> | <p>M.AMM/16 Rev.04 06/18</p> |
|---|---|----------------------------------|

Gentile Signora/Egregio Signore,

ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 del 27 aprile 2016 (Regolamento generale sulla protezione dei dati, di seguito "Regolamento"), la Fondazione CASA DI SOGGIORNO PER ANZIANI Onlus di Bedizzole in qualità di Titolare del trattamento dei Suoi Dati Personali (d'ora innanzi, per brevità, il "Titolare") Le fornisce le seguenti informazioni relative al trattamento dei Suoi dati personali comuni e particolari nonché dati relativi alla salute della persona.

Titolare del trattamento:

Il Titolare del Trattamento è la Fondazione CASA DI SOGGIORNO PER ANZIANI Onlus di Bedizzole.

Responsabile della Protezione dei dati (o Data Protection Officer)

Il Responsabile della protezione dei dati può essere contattato ai seguenti recapiti email: ufficiodpo@csabedizzole.it.

1. Finalità e base giuridica del trattamento

I dati personali conferiti saranno trattati esclusivamente per il perseguimento delle seguenti finalità:

- a) **di legge:** connesse agli obblighi previsti da leggi, regolamenti e dalla normativa comunitaria, nonché impartite da autorità a ciò legittimate;
- b) **Legittimi interessi:** dirette esclusivamente per l'inserimento in lista d'attesa.

2. Conseguenze del mancato conferimento dei dati o del mancato consenso al trattamento dei dati personali

Il conferimento dei suoi dati personali è obbligatorio per il raggiungimento delle finalità, punto 1 lett. a), b) connesse ad obblighi previsti da leggi, regolamenti o normative comunitarie nonché una corretta instaurazione, gestione e prosecuzione del rapporto di prestazione di servizi. Si precisa che, in caso di mancato conferimento, Le saranno comunque garantite le prestazioni sanitarie richieste.

3. Conservazione dei dati personali

I dati personali oggetto di trattamento saranno conservati in ottemperanza a quanto statuito dall'art. 5 comma 1 lett. e) del Regolamento in una forma che consenta l'identificazione degli interessati per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità cui al punto 1 per le quali i dati personali sono trattati o per il tempo strettamente necessario all'adempimento di obblighi di legge. Il Titolare fa riferimento ai tempi stabiliti nel Massimario di scarto del "Titolario e Massimario del Sistema Sociosanitario Lombardo, già Sistema Sanitario e Sociosanitario di Regione Lombardia".

4. Modalità e logica del trattamento

Sia i dati particolari che i dati comuni vengono trattati sia attraverso strumenti informatici, sia attraverso la raccolta dei documenti in tradizionali fascicoli, schede e archivi cartacei, con logiche strettamente correlate alle finalità indicate e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi.

5. Categorie di soggetti terzi ai quali potrebbero essere comunicati i dati

I dati di natura personale e quelli appartenenti a categorie particolari, potranno essere comunicati a destinatari, che tratteranno i dati in qualità di responsabili (art. 28 del Reg. UE 2016/679) e/o in qualità di persone autorizzate al trattamento dei dati che agiscono sotto l'autorità del Titolare e/o del Responsabile (art. 29 del Reg. UE 2016/679), per le finalità indicate al punto 1. Precisamente, i dati saranno comunicati a:

- persone fisiche autorizzate dal Titolare al trattamento di dati personali ex art. 29 GDPR in ragione dell'espletamento delle loro mansioni lavorative (es. personale sanitario e amministrativo, amministratori di sistema ecc...);

- soggetti terzi in rapporto contrattuale o convenzionale con il Titolare (es. alcune delle prestazioni sanitarie potrebbero essere poi eseguite da altri soggetti esterni);
- Organismi sanitari pubblici e privati, altri organismi del Servizio Sanitario Nazionale, organi della pubblica amministrazione, autorità di pubblica sicurezza, autorità giudiziaria ed enti assicurativi e altri soggetti, a cui sia obbligatorio comunicare i Dati Personali in forza di disposizioni di legge o di ordini delle autorità.

L'elenco dei Responsabili del trattamento è costantemente aggiornato e disponibile presso la sede della fondazione.

6. Trasferimento dei dati personali verso un paese terzo e/o un'organizzazione internazionale

Nessun dato personale dell'Utente verrà trasferito a un paese terzo al di fuori della Unione Europea o ad Organizzazioni Internazionali.

7. Diritti dell'interessato

Ai sensi degli artt. 15 e ss. del GDPR, l'interessato ha il diritto di chiedere al Titolare del trattamento:

- l'accesso ai suoi dati personali;
- la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano;
- l'opposizione al trattamento;
- la portabilità dei dati nei termini di cui all'art. 20 cit.;

qualora il trattamento sia basato sull'articolo 6, paragrafo 1, lettera a), oppure sull'articolo 9, paragrafo 2, lettera a), cit. la revoca del consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca.

Fatto salvo ogni altro ricorso amministrativo o giurisdizionale, l'interessato che ritenga che il trattamento che lo riguarda violi il Regolamento, ha il diritto di proporre reclamo a un'autorità di controllo, segnatamente nello Stato membro in cui risiede abitualmente, lavora oppure del luogo ove si è verificata la presunta violazione (art. 77 cit.).

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a _____

OPPURE

Il/La sottoscritto/a _____

In qualità di

[] familiare [] convivente [] curatore familiare [] tutore [] amministratore di sostegno

a) Compiutamente informato ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679

acconsente

non acconsente

al trattamento dei dati personali, comuni e particolari, per le finalità descritte nell'informativa che precede, nonché alla comunicazione dei dati personali comuni e sensibili ai soggetti ivi indicati.

La ringraziamo per l'attenzione che ha voluto dedicarci e La preghiamo di volerci restituire, debitamente sottoscritto, il presente modulo.

Luogo e Data _____ - Firma _____

COGNOME NOME: _____

STATO CIVILE:

- CELIBE/NUBILE
- CONIUGATO/A
- DIVORZIATO/A
- SEPARATO/A
- VEDOVO/A

PAGAMENTO DELLA RETTA: _____

INIZIATIVA DELLA DOMANDA: _____

Aspetti sociali

- La persona per la quale è stata inoltrata la domanda di ricovero è coadiuvata nello svolgimento delle proprie attività dal Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) del Comune di Residenza?

- SI
- NO

Se SI prega di far compilare la presente relazione all'assistente sociale; in caso contrario può essere compilata dal familiare.

Le notizie riportate sono fornite da (indicare parentela e n. di telefono)

Il principale fornitore di assistenza è (indicare il grado di parentela ed indirizzo)

CONVIVENZA

La persona vive con O coniuge O figlio/a O solo/a O altri parenti O altro


La persona ha cambiato negli ultimi anni la propria residenza?

- SI
- NO

Se SI indicare presso chi e quando è avvenuto il trasferimento e indicare brevemente le motivazioni.

N. FIGLI MASCHI: _____

N. FIGLIE FEMMINE: _____

| | | |
|---|--|----------------------------------|
|  <p>Fondazione Casa di Soggiorno per Anziani - Onlus Bedizzole</p> | <p>Informativa Tutela Persona Fragile</p> | <p>M.AMM/19 Rev.01 02/17</p> |
|---|--|----------------------------------|

Nel nostro ordinamento giuridico la tutela delle situazioni di fragilità, dopo il raggiungimento della maggiore età, può essere attuata attraverso tre diverse misure di protezione giuridica:

- **Interdizione:** presuppone una condizione di infermità assoluta ed abituale e comporta la nomina di un Tutore, con la conseguenza che ogni atto compiuto dall'interdetto, tanto di ordinaria che di straordinaria amministrazione, va considerato annullabile. L'interdetto ha quindi un'incapacità legale assoluta.
- **Inabilitazione:** presuppone una condizione di infermità parziale o situazioni sociali tali da mettere a rischio gli interessi della persona e comporta la nomina di un curatore per il compimento di atti di straordinaria amministrazione. L'inabilitato ha quindi una incapacità legale relativa.
- **Amministrazione di Sostegno** (introdotta nel nostro ordinamento con la Legge 6/2004): presuppone una situazione di fragilità e permette di dare una risposta adeguata alle esigenze di protezione di ciascun soggetto, consentendo di dare al beneficiario una protezione giuridica mirata alla sua fragilità (es. esprimere il consenso per le cure sanitarie e per interventi sociali, firmare documenti, scegliere la collocazione abitativa, amministrare il proprio patrimonio...).

Di seguito si forniscono alcune informazioni sull' Amministratore di Sostegno I

beneficiari

In base all'art. 404 del Codice Civile. *“la persona che per effetto di un'infermità ovvero di una menomazione fisica o psichica, si trova nell'impossibilità, anche parziale o temporanea, di provvedere ai propri interessi, può essere assistita da un Amministratore di sostegno, nominato dal Giudice Tutelare del luogo in cui questa ha la residenza o il domicilio”.*

La nomina dell'Amministratore di sostegno (AdS) può essere chiesta anche nei confronti del minore che si trovi nelle condizioni previste dall'art. 404 c.c. (ad esempio con invalidità civile riconosciuta) e in tal caso la domanda andrà presentata, al Giudice Tutelare competente, qualche mese prima del compimento dei 18 anni.

Chi può presentare il ricorso per la nomina dell'Amministratore di sostegno

Il ricorso può essere presentato dai soggetti sotto elencati (artt. 406 - 417 C.C.):

- l'interessato;
- i parenti entro il 4° grado in linea retta e collaterale, il coniuge, gli affini entro il 2° grado, e i conviventi stabili del beneficiario;
- il tutore o il curatore congiuntamente all'istanza di revoca dell'interdizione e inabilitazione;
- i responsabili dei servizi socio-sanitari direttamente impegnati nella cura e assistenza della persona;
- il Giudice Tutelare d'ufficio ed il Pubblico Ministero.

Nel procedimento per la nomina dell'AdS non vi è l'obbligo di farsi assistere da un legale, tranne nel caso in cui sussistano importanti conflitti familiari o nel caso in cui è necessario gestire ingenti patrimoni (per informazioni relative all' eventuale patrocinio gratuito a spese dello Stato rivolgersi all'Ordine degli Avvocati - Via San Martino della Battaglia n. 18 - tel. 030/41503).

Contenuti del ricorso

Il ricorso per l'AdS deve indicare:

- le generalità del ricorrente e del beneficiario;
- le ragioni per cui si chiede la nomina dell'AdS;
- l'eventuale nominativo della persona proposta come AdS;
- il nominativo e il domicilio - se conosciuti - del coniuge, dei discendenti, degli ascendenti, dei fratelli e dei conviventi del beneficiario;
- le azioni il beneficiario è in grado di compiere da solo/con l'assistenza o con la rappresentanza esclusiva dell'AdS.

Al ricorso è necessario allegare la seguente documentazione:

- Stato di famiglia della persona beneficiaria per la quale si richiede la nomina dell'AdS;
- Marca da bollo (attualmente € 27,00)
- Certificato medico o copia di documentazione clinica/ medico legale della persona beneficiaria
- Copia verbale di invalidità
- Copia libretto/i di pensione, busta paga e altre eventuali rendite mensili della persona beneficiaria
- Estratti conto bancari della persona beneficiaria
- Copia dei rogiti notarili o dei contratti di locazione riguardanti le consistenze immobiliari della persona beneficiaria
- Copia ultima dichiarazione dei redditi della persona beneficiaria
- Fotocopia di un documento di identità del ricorrente e della persona beneficiaria e della persona individuata come AdS, se diversa dal ricorrente
- Dichiarazione medica dell'eventuale impossibilità della persona beneficiaria a presenziare all'udienza neppure in ambulanza

Procedimento (scelta – nomina- revoca)

Il Giudice Tutelare competente per territorio, cioè il magistrato del luogo dove il beneficiario ha la sua residenza o domicilio (art. 404 c.c.), ricevuto il ricorso, fissa - con decreto - il giorno e l'ora dell'udienza in cui devono comparire davanti a lui il ricorrente, il beneficiario, la persona proposta come AdS (se diversa dal ricorrente); possono partecipare anche le persone indicate nel ricorso dalle quali ritenga utile acquisire informazioni.

Con decreto motivato, immediatamente esecutivo, il Giudice Tutelare provvede alla nomina dell'AdS (nei casi urgenti è possibile anche la nomina di un AdS provvisorio); tale nomina su richiesta motivata delle persone previste dalla legge, può, con decreto motivato anche essere revocata.

Nel decreto di nomina, che riporta le generalità della persona beneficiaria e dell'AdS, viene definito quanto segue:

- la durata dell'incarico (a tempo determinato o indeterminato ma comunque non oltre i dieci anni, a meno che sia coniuge, convivente, ascendente o discendente del beneficiario);
- gli atti che l'AdS ha il potere di compiere in nome e per conto del beneficiario;
- gli atti che il beneficiario può compiere solo con l'assistenza dell'AdS
- i limiti anche periodici delle spese che l'AdS può sostenere con l'utilizzo delle somme di cui il beneficiario ha o può avere disponibilità;
- la periodicità con cui l'AdS deve riferire al giudice circa l'attività svolta e le condizioni di vita personale e sociale del beneficiario.

Compiti e doveri dell'AdS

L'AdS ha il dovere di agire nell'interesse della persona che rappresenta, amministrandone diligentemente il patrimonio ed assumendo le opportune decisioni relative alla cura ed all'assistenza in collaborazione, ove possibile, con i servizi di cura e supporto.

Nello svolgimento dei suoi compiti l'amministratore di sostegno deve tener conto dei bisogni, delle aspirazioni e delle volontà espressi dalla persona beneficiaria.

Dovrà annualmente fornire una relazione al Giudice tutelare circa le attività svolte ed il patrimonio amministrato e dovrà chiedere autorizzazione al giudice ogni qual volta debba compiere un atto straordinario.

Per informazioni è possibile contattare:

- L'Ufficio Protezione Giuridica dell'ATS Brescia "Struttura per la Tutela"
tel. 030/383-8075/-9035
e-mail: strutturatutela@ats-brescia.it
Sito: www.ats-brescia.it nel MENU della pagina dedicata ai CITTADINI sezione Ufficio Protezione Giuridica (dove sono reperibili anche il modello di ricorso e la Guida operativa)
- Gli operatori delle A.S.S.T. che hanno in carico la persona
- Il Servizio Sociale del Comune
- La rete degli sportelli di protezione giuridica i cui recapiti sono pubblicati sul sito dell'ATS di Brescia sezione Ufficio Protezione Giuridica