



**Blindenzentrum St. Raphael – VDS-ETS**  
Zentrum für Blinde und Sehbehinderte / Centro per ciechi ed ipovedenti  
Schießstandweg/Vicolo Bersaglio 36 I-39100 Bozen/Bolzano (BZ)  
Tel. 0471 – 442323 – Fax 0471 - 442300  
Web [www.blindenzentrum.bz.it](http://www.blindenzentrum.bz.it) E-mail [info@blindenzentrum.bz.it](mailto:info@blindenzentrum.bz.it)  
PEC [blindenzentrum@pec.it](mailto:blindenzentrum@pec.it)  
Steuernummer/Codice fiscale 00586160210  
Mwst.-Nr./Partita IVA 00586160210

**Gesuch um zeitlich befristete und teilstationäre Aufnahme in das Seniorenwohnheim  
BLINDENZENTRUM ST. RAPHAEL**

Das Gesuch um befristete Aufnahme wird für folgende Person gestellt (aufzunehmende Person):

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Ehename \_\_\_\_\_

Familienstand  ledig  verheiratet  verwitwet  \_\_\_\_\_

Steuernummer \_\_\_\_\_

Staatsbürgerschaft \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_, in \_\_\_\_\_

wohnhaft in (*Straße*) \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_ Postleitzahl \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_, Mobiltel. \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Pflegegeld beantragt  Nein  Ja, am \_\_\_\_\_ Pflegestufe \_\_\_\_\_

Bezieht Begleitungsgeld  Nein  Ja

Bezieht ähnliche ausländische Förderungen  Nein  Ja, welche: \_\_\_\_\_

**Hausarzt:**

Nach- und Vorname \_\_\_\_\_

**beantragt die Aufnahme für folgende Dienstleistung:**

**Art der Aufnahme:**  Kurzzeitpflege  Übergangspflege  Verlängerung

**Für den Zeitraum** vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Der/Die Unterfertigte erklärt:**

- die allgemeinen Bedingungen für die Aufnahme in das Seniorenwohnheim laut Dienstcharta, in geltender Fassung, zu kennen und zu akzeptieren,
- den Tagessatz bzw. den Tarif (Grundtarif) zur Gänze zu bezahlen,
- informiert zu sein, dass er/sie einen Antrag auf Tarifbegünstigung beim zuständigen Sozialsprengel oder bei der zuständigen Gemeinde im Sinne des Dekrets des Landeshauptmanns vom 11. August 2000, Nr. 30, in geltender Fassung, stellen kann, um einen seiner/ihrer wirtschaftlichen Lage entsprechenden begünstigten Tarif (Grundtarif) gemäß demselben Dekret zu erhalten,
- informiert zu sein, dass – falls notwendig – auch die Verwandten 1. Grades entsprechend ihrer wirtschaftlichen Lage gemäß DLH Nr. 30/2000 für die Bezahlung des Tarifs (Grundtarifs) aufkommen müssen,
- informiert zu sein, dass er/sie alle im Sinne des DLH Nr. 30/2000 zahlungspflichtigen Personen über die eventuelle Tarifbeteiligung und über die Möglichkeit, beim zuständigen Sozialsprengel oder bei der zuständigen Gemeinde um Tarifbegünstigung anzusuchen, informieren muss,

- das Informationsblatt „Verarbeitung der personenbezogenen Daten“ laut Verordnung (EU) 2016/679, in der Folge als Datenschutz-Grundverordnung bezeichnet, erhalten zu haben,
- informiert zu sein, dass bei Notwendigkeit und nach vorheriger begründeter Mitteilung an den Heimbewohner und an die Bezugsperson, ein betriebsinterner Zimmer- oder Strukturwechsel vorgenommen werden kann,
- den Aufenthalt auch bei Auftreten von veränderten Umständen oder Bedingungen (z. B. Krankheit) auf jeden Fall zum angegebenen Termin zu beenden,
- zu wissen, dass sowohl der Aufnahmetag als auch der Entlassungstag in Rechnung gestellt wird,
- zu wissen, dass beim Heimeinzug weitere Unterlagen vorzulegen sind.

Für die Reservierung eines Platzes ist eine Kautionszahlung zu entrichten; die Reservierung wird erst nach erfolgter Zahlung gültig. Die Reservierungskautionszahlung wird vom Betrag der ersten Rechnung in Abzug gebracht. Sie wird rückerstattet, wenn spätestens 30 Tage vor dem vereinbarten Aufnahmetag auf den Heimplatz verzichtet wird. Erfolgt der Verzicht nicht fristgerecht, so wird die Kautionszahlung nur dann rückerstattet, wenn triftige und nachweisbare Gründe vorliegen.

IBAN: \_\_\_\_\_

bis zu einer Woche \_\_\_\_\_ €       über eine Woche \_\_\_\_\_ €.

Die Kautionszahlung wird auf das Konto von Herrn/Frau rückerstattet
---

IBAN: _____
-------------

**Die Bezugsperson ist der Ansprechpartner, an den sich das Personal des Seniorenwohnheimes für Informationen und Mitteilungen wenden kann.**

**1. Bezugsperson**     **Vormund**     **Kurator**     **Sachwalter**     \_\_\_\_\_

Nach- und Vorname \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_, in \_\_\_\_\_

Steuernummer \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_

wohnhaft in (*Straße*) \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_ Postleitzahl \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_, Mobiltel. \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Rechnungsempfänger ist die     aufzunehmende Person     Bezugsperson     \_\_\_\_\_

Datum	Unterschrift
-------	--------------

Vormund     Kurator     Sachwalter     \_\_\_\_\_

oder (falls zutreffend)

in seiner/ihrer Eigenschaft als

Ehepartner     Sohn/Tochter (in Abwesenheit des Ehepartners)     Angehöriger (in Abwesenheit des Ehepartners und von Kindern)

erklärt gemäß Art. 4 des DPR Nr. 445/2000, dass die aufzunehmende Person aus Gesundheitsgründen zeitweilig nicht in der Lage ist, das Gesuch mit allen darin enthaltenen Erklärungen zu unterschreiben.

Datum	Unterschrift
-------	--------------

**Zahlungsverpflichtung:**

**Frau/Herr:**

Nach- und Vorname \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_, in \_\_\_\_\_

Steuernummer \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_

wohnhaft in (Straße) \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_ Postleitzahl \_\_\_\_\_

verpflichtet sich, die Bezahlung der Heimkosten von Frau/Herrn \_\_\_\_\_ zu übernehmen

und erklärt, dass er die gemäß DLH Nr. 30/2000 zahlungspflichtigen Angehörigen über die Inanspruchnahme des zeitlich befristeten bzw. teilstationären Dienstes informieren wird, damit diese gegebenenfalls gemäß demselben Dekret beim zuständigen Sozialsprengel oder bei der zuständigen Gemeinde um eine Tarifbegünstigung ansuchen können.

Datum	Unterschrift
-------	--------------

**Anlagen:**

- Kopie des Erkennungsausweises und Steuernummer der aufzunehmenden Person, des/der Unterfertigten und der Person, die die Zahlungsverpflichtung unterschreibt
- Kopie betreffend das Ergebnis der Einstufung in eine Pflegestufe bzw. Bestätigung über das bezogene Begleitungsgeld
- Kopie der Urkunde zur Ernennung des Vormunds/Kurators/Sachwalters (falls zutreffend)
- Bestätigung über bezogene ähnliche ausländische Förderungen
- \_\_\_\_\_

**Erklärung und Einwilligung gemäß Datenschutz-Grundverordnung**

Nachname	Vorname
----------	---------

geboren am	in
------------	----

**Verarbeitung der persönlichen Daten:**

Der/Die Unterfertigte erklärt, dass er/sie über die Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung in Kenntnis gesetzt wurde, und ermächtigt das Seniorenwohnheim, die gemäß den einschlägigen Rechtsvorschriften angegebenen und/oder nachfolgend erfassten personenbezogenen Daten für institutionelle und organisatorische Zwecke zu verwenden. Die angegebenen Daten werden unter Beachtung der in der genannten Verordnung enthaltenen Bestimmungen verarbeitet und können nur anderen öffentlichen Körperschaften übermittelt werden, die aus institutionellen Gründen darauf zugreifen müssen. Der/Die Unterfertigte erteilt somit die Einwilligung zur Übermittlung und Verbreitung der personenbezogenen Daten für die gesetzlich vorgesehenen Zwecke.

Der/Die Unterfertigte wurde über die Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung in Kenntnis gesetzt:

Ja  Nein

Der/Die Unterfertigte ermächtigt das Seniorenwohnheim zur Verwendung der personenbezogenen Daten:

Ja  Nein

**Verarbeitung von besonderen Kategorien personenbezogener Daten, einschließlich jener über den Gesundheitszustand, und Ermächtigung zur Weitergabe von Informationen über den Gesundheitszustand:**

- a) a) Der/Die Unterfertigte erteilt im Sinne des oben angeführten Absatzes über die Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung, bis auf Widerruf, dem Seniorenwohnheim die Ermächtigung zur Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten, einschließlich jener über den Gesundheitszustand, für die gesetzlich vorgesehenen Zwecke.

Ja

Nein

- b) Der/Die Unterfertigte erteilt im Sinne des oben angeführten Absatzes über die Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung, bis auf Widerruf, dem Seniorenwohnheim die Ermächtigung zur Weitergabe von Informationen über den Gesundheitszustand an folgende Personen: z. B. Angehörige/Verwandte/Bekannte/Mitbewohner/Bezugsperson/Heim- bzw. Vertrauensarzt (Vor- und Nachname, evtl. Telefonnummer):


Ja

Nein

**Information über die Anwesenheit des Heimbewohners im Seniorenwohnheim:**

Der/Die Unterfertigte erteilt dem Seniorenwohnheim, bis auf Widerruf, die Ermächtigung, seine/ihre Anwesenheit in der Einrichtung Dritten mitzuteilen:

Ja

Nein

Ja, ausgenommen  
(Vor- und Nachnamen  
angeben)

**Ermächtigung zur Anbringung des Namens, zur Veröffentlichung von Fotos und zur Bekanntgabe des Geburtstags:**

Der/Die Unterfertigte erteilt dem Seniorenwohnheim, bis auf Widerruf, die Ermächtigung, seinen/ihren Namen an der Zimmertür anzubringen, innerhalb des Seniorenwohnheims Fotos zu veröffentlichen und seinen/ihren Geburtstag (Alter) bekannt zu geben:

**Name**

Ja     Nein

**Foto**

Ja     Nein

**Geburtstags-  
bekanntgabe**

Ja     Nein

Datum	Unterschrift
-------	--------------

**oder (falls zutreffend)**

Vormund     Kurator     Sachwalter   

gemäß Artikel 6 und Artikel 9 der Datenschutz-Grundverordnung Unterschrift des Sorgeberechtigten: im Falle, dass die aufzunehmende Person unfähig ist, selbst zu unterschreiben, kann die Einwilligung vom Vormund, Kurator, Sachwalter, von einem nahen Verwandten, einem Familienmitglied, einem Mitbewohner (Lebenspartner) oder, wenn diese fehlen, vom Verantwortlichen der Einrichtung gegeben werden.

Datum	Unterschrift
-------	--------------

*Dieses Formular wurde geschlechtergerecht abgefasst, mit Ausnahme einiger Begriffe, wie z.B. Mitbewohner, Verwandte usw, die nur in männlicher Form angeführt sind. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass im Seniorenwohnheim Blindenzentrum St. Raphael der Grundsatz der Geschlechtergleichstellung gilt.*

# INFORMATION IM SINNE VON ARTIKEL 13 UND ARTIKEL 14 DER DATENSCHUTZ-GRUNDVERORDNUNG FÜR DIE SENIORENBETREUUNG IN STATIONÄREN EINRICHTUNGEN

## Hinweise zum Datenschutz

Wir informieren Sie, dass die Verordnung (EU) 2016/679 in der Folge als Datenschutz-Grundverordnung bezeichnet, den Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten vorsieht. Die personenbezogenen Daten werden von dieser Verwaltung ausschließlich zu institutionellen Zwecken gesammelt und verarbeitet.

### Zweck der Datenverarbeitung

Die personenbezogenen Daten werden im Rahmen der normalen Verwaltungstätigkeit gesammelt und verarbeitet und dienen der Wahrnehmung institutioneller, verwaltungstechnischer oder buchhalterischer Aufgaben bzw. Zwecken, welche mit der Ausübung der den Bürgern und Verwaltern zuerkannten Rechte und Befugnisse zusammenhängen.

### Verarbeitung von besonderen Kategorien personenbezogener Daten

Die Verarbeitung betrifft auch besondere Kategorien personenbezogener Daten im Rahmen der Seniorenbetreuung in stationären Einrichtungen (Pflege- und Gesundheitsdaten der Heimbewohner) im Sinne nachstehender Vorschriften: Landesgesetz vom 30. April 1991, Nr. 13, in geltender Fassung, insbesondere Artt. 10 und 11/quater, sowie Beschluss der Landesregierung vom 7. Februar 2017, Nr. 145, in geltender Fassung.

### Verarbeitungsmodalitäten

Die Daten werden händisch und/oder mit Hilfe von elektronischen Mitteln so verarbeitet, dass die Sicherheit und Vertraulichkeit der Daten gewährleistet ist.

Die **Übermittlung der Daten** ist für die Ausübung der institutionellen Tätigkeiten obligatorisch.

Die **fehlende Übermittlung der Daten** hat zur Folge, dass Gesetzespflichten missachtet werden und/oder dass die Verwaltung daran gehindert wird, die von den betroffenen Personen eingereichten Anträge zu bearbeiten.

### **Die Daten können übermittelt werden an:**

alle Rechtssubjekte (Ämter, Körperschaften und Organe der öffentlichen Verwaltung, Betriebe und Einrichtungen), die gesetzlich verpflichtet sind, diese zu kennen, oder die davon Kenntnis erlangen können, sowie an die Zugangsberechtigten.

Die Daten können vom Rechtsinhaber, in der Folge als Verantwortlicher bezeichnet, von den Auftragsverarbeitern, von den mit der Verarbeitung personenbezogener Daten Beauftragten und vom Systemverwalter dieser Verwaltung zur Kenntnis genommen werden.

### Dauer der Verarbeitung und Zeitraum für die Datenaufbewahrung

Die Daten werden so lange verarbeitet, wie es für die Erfüllung des Rechtsverhältnisses zwischen den Parteien erforderlich ist und werden für einen Zeitraum von 10 Jahren aufbewahrt, es sei denn, es ist ausdrücklich vom Gesetz anders vorgesehen.

### Rechte der betroffenen Person

Vorbehaltlich anderslautender Bestimmungen hat die betroffene Person gemäß Datenschutz-Grundverordnung das Recht:

- Auskunft darüber zu erhalten, ob Daten vorhanden sind, die sie betreffen,
- die Einwilligung jederzeit zu widerrufen. Der Widerruf der Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung, die vor dem Widerruf auf Grundlage der Einwilligung erfolgt ist,
- dass ihr diese Daten in verständlicher Form übermittelt werden,
- auf Auskunft über die Herkunft der personenbezogenen Daten, über den Zweck und die Modalitäten der Verarbeitung sowie über das angewandte System, falls die Daten elektronisch verarbeitet werden,

- zu verlangen, dass widerrechtlich verarbeitete Daten gelöscht, anonymisiert oder gesperrt werden; dies gilt auch für Daten, deren Aufbewahrung für die Zwecke, für die sie erhoben oder später verarbeitet wurden, nicht erforderlich ist,
- die Aktualisierung, die Berichtigung oder, sofern interessiert, die Ergänzung der Daten zu verlangen,
- sich der Datenverarbeitung aus rechtmäßigen Gründen zu widersetzen oder diese einzuschränken,
- Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde einzureichen.

### **Informationen über den Verantwortlichen der Datenverarbeitung**

Verantwortlicher der Datenverarbeitung ist diese Verwaltung, in der Person ihres gesetzlichen Vertreters *pro tempore*.

Kontaktdaten: Blindenzentrum St. Raphael – VDS-ETS

Tel: 0471 44 23 23

Fax: 0471 44 23 00

E-Mail-Adresse: [info@blindenzentrum.bz.it](mailto:info@blindenzentrum.bz.it)

L-Pec: [blindenzentrum@pec.it](mailto:blindenzentrum@pec.it)

Verantwortlich für die Bearbeitung der gemäß Datenschutz-Grundverordnung 2016/679 eingereichten Beschwerden ist der gesetzliche Vertreter *pro tempore*.

### **Informationen über den Datenschutzbeauftragten (DSB)**

#### **Kontaktdaten:**

IFK Consulting GmbH

pers. Ansprechpartner: Stephan Kerschbaumer

Vittorio-Veneto-Straße 67

39042 Brixen (BZ)

Spezifische E-Mail-Adresse:

[stephan.kerschbaumer@ifkconsulting.com](mailto:stephan.kerschbaumer@ifkconsulting.com)