COMUNE DI MINUSIO
CENTRO ANZIANI CASA REA

Gennaio 2026

Domanda d'ammissione

Informazioni

La domanda d'ammissione deve essere inoltrata alla Direzione della casa **completa e firmata.**

L'ammissione viene decisa dalla Direzione della Casa, informando il Municipio, a seconda delle possibilità ricettive della casa.

Nel caso di mancanza di posti letto, la richiesta viene registrata nella lista d'attesa art.li 7 e 8 del regolamento di gestione del CACRM (Centro Anziani Casa Rea Minusio).

Ogni domanda dovrà essere **riconfermata una volta all'anno**, di regola all'inizio dell'anno, presso la Direzione. Se ciò non avverrà la persona verrà stralciata dalla lista d'attesa ed in caso di rientro verrà inserita in fondo alla stessa.

Se la situazione generale del residente lo richiede, ai famigliari viene richiesto di designare un rappresentante legale.

ENTRATA NELLA CASA

La data e l'orario d'entrata vengono stabiliti in accordo con la Direzione, alla quale compete pure l'assegnazione della camera.

Per beni personali di particolare valore (mobili, quadri, oro, valute...) si consiglia il deposito in un istituto bancario.

In ogni caso i beni dovranno essere assicurati a carico dell'ospite. La Casa non si assume nessuna responsabilità per eventuali oggetti di valore smarriti.

Il residente entrando nella struttura beneficia della RC della casa ma limitatamente ai danni effettuati all'interno della stessa. Nel caso di residenti che escono consigliamo di mantenere la RC privata.

la Direzione

COMUNE DI MINUSIO
CENTRO ANZIANI CASA REA

Domanda d'ammissione

Dati anagrafici

Cognome:.....

Nome:.....

Data di nascita :.....

Luogo di nascita:.....

Domicilio:.....

Indirizzo:.....

Numero di telefono:.....

Attinenza:.....

Ex professione:.....

Stato civile:..... Religione:….....

Cognome e nome del coniuge:.....

Generalità genitori:.....

Cassa malati:….....

Medico curante:.....

Familiari

Cognome, nome Indirizzo e No telefono Grado di parentela

.....

.....

.....

.....

Ev. rappresentante legale:

Cognome, nome Indirizzo e No telefono

.....

Prima persona di contatto:

Cognome, nome Indirizzo e N° telefono

.....

Indirizzo e-mail:…….

Situazione finanziaria

Numero AVS :.....

Franchi:..... versata da:.....

Ev. prestazione complementare o altre prestazioni:

Franchi:..... versata da:.....

Altre rendite (pensioni,SUVA,ecc.):

Franchi:..... versata da:.....

Assegno grandi invalidi ☐ SI ☐ NO
(qualora fosse stata o si prevede di inoltrare la domanda AGI mi impegno a consegnare immediatamente una copia della decisione alla Direzione della Casa Rea).

Responsabile per il pagamento della retta :

Cognome e Nome.....

Indirizzo……

Firma …….....

Richiesta d'ammissione Preiscrizione ☐ Urgente ☐
Motivo della richiesta d'ammissione
.....

.....

.....

Desidero una camera Singola ☐ Doppia ☐
In caso non sia libera una camera singola sono disposto ad entrare in camera doppia
☐ SI (il residente resta nella lista per la camera singola) ☐ NO

Osservazioni
.....

.....

.....

ev. rappresentante legale o familiare (nel caso il residente non possa o non voglia firmare):

Cognome:..... Nome:.....

Luogo e data: ..... Firma: .....

COMUNE DI MINUSIO
CENTRO ANZIANI CASA REA

Documenti da allegare

1. Domanda d'ammissione (allegata)

2. Dichiarazione di svincolo dal segreto medico (allegata)

3. Dichiarazione di svincolo dal segreto professionale e protezione dei dati (allegata)

4. Autodichiarazione attestante eventuali donazioni e/o successioni.

5. Modulo 1 – Proprietà fondiaria

6. Modulo 2 – Depositi bancari / titoli

7. Nel caso di donazioni o partecipazione a comunioni ereditarie e indivisioni, tutta la relativa documentazione atta a determinare esattamente la situazione finanziaria di titoli e capitali.

8. Dichiarazione relativa al contributo cantonale per le spese di mantenimento a domicilio.

9. La notifica di tassazione di riferimento completa (4 fogli) con i calcoli d'imposta delle ultime 5 dichiarazioni cresciute in giudicato.

10. Se al beneficio della Prestazione Complementare, copia della relativa decisione degli ultimi 3 anni (in questo caso non va fornita la documentazione al punto 6).
Se al beneficio della PC da meno di 3 anni la documentazione al punto 6 va fornita.

11. Se al beneficio dell'assegno grande invalido, copia della relativa decisione

La persona verrà messa in lista d'attesa unicamente quando verrà consegnata la documentazione richiesta completa (pti 1-8) e definita la persona di contatto per le questioni amministrative.

La Direzione

COMUNE DI MINUSIO
CENTRO ANZIANI CASA REA

Dichiarazione di svincolo dal SEGRETO MEDICO

Gentile residente

Entrando nella nostra casa per anziani (o nel suo reparto ad alto contenuto sanitario) lei beneficia di cure mediche sicure ed efficaci, garantite da diverse figure professionali che lavorano in team. Questo team curante registra il suo lavoro nella cartella sanitaria, un "diario" nel quale troviamo le informazioni sul suo stato di salute, utili per curarla bene. Di notte e nei giorni festivi capita che intervenga, al bisogno, un **medico di picchetto**: anch'egli avrà accesso a queste informazioni, così come il medico **direttore sanitario** che coordina e vigila sulle cure.

Potrebbe anche succedere che necessitiamo di informazioni ottenibili in ospedali o presso altri medici, che si sono occupati di lei **in passato**. Inoltre, se lei torna a casa o necessita di un ricovero in ospedale, è importante che il medico al quale lei si rivolgerà **in futuro** ottenga da noi le informazioni utili e necessarie per garantire la continuità delle cure.

Con questo foglio di svincolo lei consente a questi medici – o ai loro collaboratori – di informarsi reciprocamente affinché le cure siano sicure ed efficaci. Riteniamo importante che lei capisca il senso di questo svincolo e che ci dia il suo consenso o istruzioni diverse.

Tutto il team curante è comunque tenuto al rispetto del segreto medico nei confronti di terzi non coinvolti nelle cure, anche nei confronti di parenti, se lo desidera.

Restiamo a sua completa disposizione per qualsiasi domanda al proposito.

Io sottoscritta/o :

Cognome:..... Nome:.....

Data di nascita:..... Domicilio:.....

ev. rappresentante legale o familiare (nel caso il residente non possa o non voglia firmare:

Cognome:..... Nome:.....

dichiaro di avere letto e compreso le regole di accesso e di gestione delle informazioni sul mio stato di salute, che trovano il mio consenso.
Svincolo i medici che si sono occupati della mia salute – all'ospedale come in studio medico – dal segreto professionale nei confronti del team curante di questa casa per anziani, affinché siamo trasmesse le informazioni utili e necessarie a curarmi bene.
Svincolo parimenti i medici di questa casa ad informare adeguatamente futuri medici (ospedalieri o ambulatoriali) che si occuperanno altrove di me.
Questo svincolo ha validità fino alla sua revoca.

Autorizzo i medici a comunicare alla Direzione amministrativa le informazioni suscettibili di avere conseguenze sugli altri residenti o sull'organizzazione della casa.

Luogo e data: ..... Firma: .....

COMUNE DI MINUSIO
CENTRO ANZIANI CASA REA

Dichiarazione di svincolo dal SEGRETO PROFESSIONALE E PROTEZIONE DEI DATI

Gli assicuratori malattia intervengono direttamente nelle case anziani per verificare l'efficacia, l'efficienza e l'adeguatezza delle prestazioni sanitarie ricevute dai propri assicurati. Gli assicuratori effettuano degli incontri di verifica (audit) con l'assicurato, tramite i propri dipendenti (case-manager).

Il case-manager, seppur di formazione sanitaria, non è un operatore sanitario ai sensi della Legge sanitaria; né la legislazione federale né quella cantonale prevedono lo svincolo automatico del segreto professionale nei confronti del case-manager.
Ne consegue che l'esposizione dei dati sanitari dell'ospite della casa anziani, in particolare la visione della cartella sanitaria durante gli audit, può avvenire unicamente con il consenso formale dell'ospite.
La trasmissione dei dati sanitari concernenti gli ospiti sottostà ai limiti costituiti dal segreto professionale e alla protezione dei dati.

Questa dichiarazione di svincolo del segreto professionale e della protezione dei dati permetterà all'operatore sanitario di **trasmettere le informazioni** al case manager, ma esclusivamente i **dati idonei** e **necessari** allo scopo perseguito da quest'ultimo, nel rispetto del **principio della proporzionalità**.

Io sottoscritta/o :

Cognome:..... Nome:.....

Data di nascita:..... Domicilio:.....

ev. rappresentante legale o familiare (nel caso il residente non possa o non voglia firmare:

Cognome:..... Nome:.....

dichiaro di svincolare la Direzione amministrativa e medica del Centro anziani Casa Rea dall'obbligo del segreto professionale e della protezione dei dati nei confronti della mia cassa malattia; in particolare attraverso la messa a disposizione della cartella sanitaria al case-manager e/o al medico di fiducia dell'assicurazione, nonché alla trasmissione di informazioni orali durante gli audit, applicando il principio della proporzionalità.

Luogo e data: ..... Firma: .....

Repubblica e Cantone Ticino
Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio
Vicolo Santa Marta 2 - CH-6501 Bellinzona

Autodichiarazione

La Signora / il Signor…….

ev. rappresentato legalmente da ……

dichiara che nei 5 anni precedenti alla data d'ammissione fino alla data odierna

☐ NON ha fatto donazioni e/o anticipi ereditari di titoli o capitali

☐ ha fatto donazioni e/o anticipi ereditari di titoli o capitali che vengono indicati qui sotto

Titoli o capitali devoluti per donazione e/o come anticipo ereditario

descrizione dei beni devoluti	*data di devoluzione*	*valore complessivo dei beni devoluti*

Con la firma della presente confermo la veridicità e completezza dei dati dichiarati sopra

Data:…….. Firma: ……..
(dell'ospite o del suo rappresentante legale)

ATTENZIONE: nel caso di ospiti coniugati la presente dichiarazione deve essere compilata e firmata da **entrambi** i coniugi.

Repubblica e Cantone Ticino
Dipartimento della sanità e della socialità
Divisione dell'azione sociale e delle famiglie

Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio
Vicolo Santa Marta 2
6501 Bellinzona
telefono +41 91 814 54 71
email dss-uacd@ti.ch
www.ti.ch/anziani

Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio
6501 Bellinzona

Documentazione per il calcolo della retta giornaliera a carico dell'ospite nelle strutture sociosanitarie riconosciute

Modulo 1 - Proprietà fondiaria

Ospite

Numero AVS

756.

Cognome	Nome

1. Sostanza immobiliare

È proprietario o ha diritti reali in Svizzera e/o all'estero di beni immobili
- indicare situazione al 31.12.2025
(casa, appartamento, quota di proprietà per piani, partecipazione ad una comunione ereditaria, garage, posto auto, azienda agricola, terreno, stalla, ecc.)

☐ Sì - compilare tabella sottostante

○ No

Beni immobili (tipo d'immobile, comune, via/n., numero particella)	È l'abitazione primaria?	Beneficia di un usufrutto?	Beneficia di un diritto d'abitazione?

Allegare una copia del Modulo 7 - Immobili trasmesso per la Dichiarazione Fiscale 2025 e gli allegati.
In caso di partecipazione ad una comunione ereditaria, allegare anche copia del certificato ereditario.

2. Ipoteca

La proprietà è gravata da un'ipoteca? ○ Sì - compilare tabella sottostante

situazione al 31.12.2025 ☐ No

Istituto di credito (specificare il numero della particella)	Importo del debito	Importo dell'interesse ipotecario annuo (senza l'ammortamento annuo)

Allegare una copia del Modulo 7 - Immobili trasmesso per la Dichiarazione Fiscale 2025 e gli allegati.

3. Redditi, pigioni o subaffiti

Consegue redditi da pigioni o subaffitti? ☐ Sì CHF

○ No

4. Vendita o donazioni di sostanza immobiliare

Ha venduto o donato o rinunciato a beni immobili (casa, appartamento, quota di proprietà per piani, partecipazione ad una comunione ereditaria, garage, posto auto, azienda agricola, terreno, stalla, ecc.) nei dieci anni precedenti fino al 31.12.2025?

○ Sì - compilare tabella sottostante

☐ No

Data	Beni immobili (tipo d'immobile, Comune, via/n., numero particella)	Importo del debito ipotecario al momento del trapasso di proprietà

Allegare copia degli atti notarili e la documentazione relativa ai debiti ipotecari

Data	Firma dell'ospite o del rappresentante legale

Con la firma si attesta la correttezza e completezza delle informazioni fornite.
Nel caso di ospiti coniugati la presente dichiarazione deve essere compilata e firmata da entrambi i coniugi.

Repubblica e Cantone Ticino
Dipartimento della sanità e della socialità
Divisione dell'azione sociale e delle famiglie

Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio
Vicolo Santa Marta 2
6501 Bellinzona
telefono +41 91 814 54 71
email dss-uacd@ti.ch
www.ti.ch/anziani

Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio
6501 Bellinzona

Documentazione per il calcolo della retta giornaliera a carico dell'ospite nelle strutture sociosanitarie riconosciute

Modulo 2 - Depositi bancari/titoli

Ospite

Numero AVS

756.

Cognome	Nome

1. Donazioni o anticipi ereditari di sostanza mobiliare

Ha donato beni (conti, obbligazioni, azioni, partecipazioni, denaro in contanti, ecc) nei dieci anni precedenti l'anno d'ammissione fino alla data odierna?

○ Sì - compilare tabella sottostante

○ No

Data	Elenco beni donati	Valore in CHF

Per ogni posizione allegare documenti giustificativi

Data	Firma dell'ospite o del rappresentante legale

Con la firma si attesta la correttezza e completezza delle informazioni fornite.
Nel caso di ospiti coniugati la presente dichiarazione deve essere compilata e firmata da entrambi i coniugi.

Repubblica e Cantone Ticino
Dipartimento della sanità e della socialità
Divisione dell'azione sociale e delle famiglie

Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio
6500 Bellinzona
www.ti.ch/anziani

Dichiarazione relativa al contributo cantonale per le spese di mantenimento a domicilio per persone non autosufficienti (aiuti diretti) - da presentare al momento dell'ammissione in Casa per anziani

DATI DELL'OSPITE

Cognome e Nome: _____

Data di nascita: ____ / ____ / _____ Istituto: _____

Data di ammissione: ____ / ____ / _____

EVENTUALE RAPPRESENTANTE LEGALE

Cognome e Nome: _____

IL/LA SOTTOSCRITTO/A DICHIARA CHE, AL MOMENTO DELL'AMMISSIONE:

(Selezionare l'opzione pertinente)

☐ **NON riceveva** il contributo cantonale per le spese di mantenimento a domicilio di persone non autosufficienti (aiuti diretti).

☐ **Riceveva** il contributo cantonale per le spese di mantenimento a domicilio di persone non autosufficienti (aiuti diretti).

Con la presente firma, il/la sottoscritto/a conferma, sotto la propria responsabilità, la veridicità e la completezza dei dati sopra dichiarati.

Data: ____ / ____ / _____

Firma (Ospite o Rappresentante): _____

Nota per l'Istituto: se la persona riceveva gli aiuti diretti vi invitiamo a informare tempestivamente l'UACD al seguente contatto: dss-uacd.aiutidiretti@ti.ch