

Antrag um die Gewährung einer Erstattung für bestehende Körperschaften oder Träger - Antragsjahr

laut Artikel 20/bis des Landesgesetzes vom 30. April 1991, Nr. 31

Bereich medizinische Geräte, Einrichtungs- und Ausstattungsgegenstände und andere bewegliche Güter die der gesundheitlichen Betreuung der Heimbewohner/innen dienen

Die Stempelmarke von 16,00 Euro aufkleben oder **Daten zur Stempelmarke angeben:**

Ausstellungsdatum

Seriennummer

Die Verpflichtungen für die Ent-
richtung der Stempelmarke wurden erfüllt
und die Stempelmarke wird ausschließlich
für dieses Ansuchen verwendet.
Das Original der entwerteten Stempelmarke
ist für eventuelle Kontrollen von Seiten der
zuständigen Ämter aufzubewahren.

STEMPELFREI laut D.P.R. vom 26. Oktober 1972, Nr. 642, Tabelle "B":

- Punkt 16 (öffentliche Körperschaft)
- Punkt 27 bis (Onlus) Gv.D. 117/2017 in geltender Fassung Art. 82, Abs. 5 und Art. 104, Abs. 1(Körperschaften des dritten Sektors)
- Laut G. 266/91, Art. 8 und LG 11/93:
im Register der ehrenamtlichen Organisationen eingetragen

An die

Autonome Provinz Bozen - Südtirol
24. Abteilung Soziales
24.2. Amt für Senioren und Sozialsprengel
Kanonikus-Michael-Gamper-Str. 1
39100 Bozen (BZ)

Tel. 0471 41 82 66

E-Mail: amt.senioren@provinz.bz.it

www.provinz.bz.it/familie-soziales-gemeinschaft

PEC: senioren.anziani@pec.prov.bz.it

Der/Die Antragsteller/in

Familienname Vorname

Geburtsort Provinz Staat

Geburtsdatum Geschlecht männlich weiblich

Wohnhaft in PLZ Ort Provinz

Straße / Platz Nummer

Telefon E-Mail

Steuernummer

Gesetzliche/r Vertreter/in des Trägers oder der Körperschaft

der Einrichtung

Rechtssitz: PLZ Ort Provinz

Straße / Platz Nummer

Telefon E-Mail

Liste der vergütbaren Produkte

(*) Verbrauchsmaterial wird nicht gewährt

Ersatzteil
Auswahl (*)

Ankauf
Auswahl (*)

	Ersatzteil Auswahl (*)	Ankauf Auswahl (*)
Einfaches Pflegebett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übermatratze oder Antidekubitusmatratze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidekubituskissen		<input type="checkbox"/>
Lagerungsbehelfe		<input type="checkbox"/>
Hüftprotektoren		<input type="checkbox"/>
Rutschbrett oder Drehscheibe		<input type="checkbox"/>
Inhalationsgerät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ultraschallvernebler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absauggerät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutdruckmessgerät		<input type="checkbox"/>
Patientenheber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autoklave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Folienschweißgerät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sicherheitsdecke oder Positionsgurt		<input type="checkbox"/>
Ohrenspülgerät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otoskop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikations- und Medikamentenwagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infusionsständer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chirurgische Instrumente oder Fußpflegeinstrument		<input type="checkbox"/>
Fräsergerät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rollstuhl: Ruhestuhl auf Rädern, Dusch- oder WC-Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sauerstoffkonzentrator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulsoximeter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infusionspumpe oder Ernährungspumpe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EKG-Gerät mit Interpretation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beatmungsbeutel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambulatoriumseinrichtung:		
Untersuchungsliege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Karteischränk auf Rädern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hocker oder Aufstiegshilfe		<input type="checkbox"/>
Medikamentenkühlschränk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamentenschränkanlage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reha-Basis-Ausstattung:		
Antirutschunterlage auf Rolle		<input type="checkbox"/>
Schaumstoffröhren für ergonomischen Griff		<input type="checkbox"/>

Reha-Basis-Ausstattung:		
Gehhilfe/Gehtraining: Drei-,Vierpunktstock, Rollator, Walker, Gehbarren, Trainingstreppe, Bein-, Arm oder Oberkörpertrainer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magnettherapiegerät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die, im Anhang A, laut Dekret des Abteilungsdirektors Nr. 12864 vom 13.07.2017 in geltender Fassung, angegebenen Höchstbeträge stellen den maximal vergütbaren Betrag für das einzelne Produkt dar. Die genannten Höchstbeträge gelten auch für den ermächtigten Ankauf der eingebauten Ersatzteile.

Die Mitteilungen sollen in folgender Sprache und an folgende Adresse geschickt werden:

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Italienisch | <input type="checkbox"/> Rechtssitz |
| <input type="checkbox"/> Deutsch | <input type="checkbox"/> Verwaltungssitz |

Eventuelle Anmerkungen

.....

.....

HINWEIS

Kurze Datenschutzerklärung gemäß Art. 13 der Datenschutz-Grundverordnung (EU) 2016/679
Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist die Autonome Provinz Bozen.

E-Mail: generaldirektion@provinz.bz.it; PEC: generaldirektion.direzione generale@pec.prov.bz.it.

Die Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten (DPO - Data Protection Officer) sind folgende:

E-Mail: dsb@provinz.bz.it, PEC: rpd.dsb@pec.prov.bz.it.

Die übermittelten Daten werden vom dazu befugten Landespersonal, auch in elektronischer Form, zur Erfüllung einer Aufgabe im öffentlichen Interesse oder im Zusammenhang mit der Ausübung öffentlicher Gewalt oder zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung gemäß der im ausführlichen Informationsschreiben angegebenen Rechtsgrundlagen, verarbeitet. Die Daten werden so lange gespeichert, bis sie zur Erreichung der Zwecke der Datenverarbeitung und zur Erfüllung der geltenden rechtlichen Verpflichtungen benötigt werden. Für weitere Informationen, auch in Bezug auf die Ausübung der im Sinne von Artikeln 15-22 der DSGVO Ihnen zustehenden Rechte, lesen Sie bitte die ausführliche Datenschutzerklärung, welche durch den nachstehenden Hyperlink zugänglich ist:

<http://www.provinz.bz.it/familie-soziales-gemeinschaft/soziales/beitraege/beitraege-an-oeffentliche-und-private-soziale-koerperschaften.asp>

Ort und Datum

Unterschrift

.....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....

digitale Unterschrift oder leserliche Unterschrift
des/der gesetzlichen Vertreters/in und Stempel der Körperschaft

Im Sinne von Art. 38 des D.P.R. 445/2000 wurde die vorliegende Erklärung:

- in meiner Anwesenheit.....
(Name des/der Beamten/Beamtin der Provinz) unterzeichnet
 - per Post, E-Mail, PEC oder durch eine verantwortliche Person mit der Kopie des folgenden gültigen Dokumentes vorgelegt oder versandt:
 - Identitätskarte Reisepass Führerschein
 - (das Dokument muss mit Foto und Stempel oder gleichwertigem Kennzeichen versehen und von einer öffentlichen Behörde ausgestellt worden sein)
 - mit zertifizierter elektronischer Post (PEC) der ansuchenden Körperschaft übermittelt:
-