

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 Verpflichtung für die Entrichtung 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 L.G. 11/93:
im Register der ehrenamtlichen Organisationen eingetragen

An
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 50
E-mail: amt.senioren@provinz.bz.it
www.provinz.bz.it/famiglia-sociale-comunita
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 der Institution

Rechtssitz: PLZ Ort Provinz

Straße / Platz Nummer

Telefon

E-Mail

PEC

Verwaltungssitz: PLZ Ort Provinz

Straße / Platz Nummer

Telefon E-Mail

PEC

MwSt.Nr St.Nr

IBAN

Zuständige Person

Telefon E-Mail

erklärt, dass bei keinem anderen öffentlichen Amt oder keiner anderen Körperschaft der Autonomen Provinz Bozen – Südtirol ein Ansuchen um finanzielle Unterstützung für die nämliche Maßnahme eingebracht wurde oder eingebracht wird;

kennt die als Anhang A dem Dekret des Abteilungsdirektors Nr. 12864 vom 13.07.2017 in geltender Fassung beigelegte Liste der vergütbaren Produkte und die vorgesehenen Höchstbeträge

ersucht

um die Gewährung der Fixquote im Ausmaß von 4.500,00 €: ja nein

um die zusätzliche Gewährung der variablen Quote: ja nein

für die angeführte/n Einrichtung/en:

Der/Die Gesuchsteller/In ist darüber informiert, dass unvollständige und der Wahrheit nicht entsprechende Angaben im Sinne des Art. 76 des D.P.R. 445/2000 strafrechtlich verfolgt werden können und dass die unrechtmäßig erhaltenen Beiträge rückerstattet werden müssen.

Erklärt,

- die Mehrwertsteuer (I.V.A.)
 - nicht abzugsfähig
 - im vollen Ausmaß abzugsfähig
 - teilweise abzugsfähig zu %
- dass die Einrichtung, laut aktuelle Eignungserklärung, bezogen auf das laufende Jahr, über folgende Bettenkapazität verfügt: (Angabe, welche im Zuge des Verfahrens gemäß Abs. 4, Art. 11/quarter des Landesgesetzes vom 30. April 1991, Nr. 13 1, in geltender Fassung gemacht worden ist)

- innerhalb des laufenden Jahres einen Finanzierungsleasingvertrag für folgendes vergütbare Produkt aus der Liste abzuschließen:

und in Original, in beglaubigter Kopie oder einer bestätigten Abschrift, unterzeichnet nach Einreichung des Antrages innerhalb 31. Januar des darauffolgenden Jahres beim zuständigen Amt abzugeben. Die Bezahlung des Leasingvertages muss innerhalb 3 Jahren abgeschlossen und das betreffende Gut muss an den Begünstigten übertragen sein.

Liste der vergütbaren Produkte

(*) Verbrauchsmaterial wird nicht gewährt

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"/>
Umlagerungshilfen, d.h. 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"/>
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	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamentenkühlschränk		<input type="checkbox"/>
Medikamentenschränkanlage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reha-Basis-Ausstattung:		
Antirutschunterlage auf Rolle		<input type="checkbox"/>
Schlingentisch fahrbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vibrationstherapie - Novafon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schienenherstellung – gesamte Ausstattung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Theratrainer; Bein-, Arm- oder Oberkörpertrainer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehhilfe/Gehtraining: Drei-,Vierpunktstock, Rollator, Walker, Gehbarren, Trainingstreppe	<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="radio"/> Italienisch | <input type="radio"/> Rechtssitz |
| <input type="radio"/> Deutsch | <input type="radio"/> 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 van 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. vom 28. Dezember 2000, Nr. 445, wurde die vorliegende Erklärung:

- in meiner Anwesenheit (Name des/der Beamten/Beamtin der Provinz) unterzeichnet
- mit 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

--