

CONTRATTO DI ACCOGLIMENTO

1. L'Ente si impegna ad accogliere presso la FONDAZIONE PENSIONATO "LIVIA CAVALIERI GALLERANI" ONLUS il/la /Sig./Sig.ra _____ d'ora in avanti denominato/a per brevità semplicemente "Ospite" nel rispetto della "Carta dei Servizi" e del Regolamento Interno di tempo in tempo vigenti, previa accettazione delle condizioni di seguito elencate:
2. L'Ospite e per esso i Parenti di riferimento o l'Amministratore di sostegno s'impegnano a prendere in consegna l'alloggio assegnato entro i termini stabiliti dall'Ente. All'Ente è riconosciuto comunque il diritto di considerare l'Ospite decaduto dall'assegnazione in caso di omessa o ritardata presa in consegna della stanza assegnata entro 5 giorni dalla Dichiarazione di disponibilità senza preventivo accordo con la Direzione.
3. L'Ospite e per esso i Parenti di riferimento o l'Amministratore di sostegno dichiarano di aver ricevuto prima d'ora la Carta dei Servizi ed il Regolamento Interno dell'Ente, di avere perfetta conoscenza delle condizioni e delle norme in quest'ultimo riportate e di accettarlo incondizionatamente in ogni sua parte.
4. Il corrispettivo giornaliero è stabilito nel seguente modo:
Ospiti Temporanei € 90,00 al giorno con un minimo di 30 gg., la retta dovrà essere saldata all'Ente prima dell'ingresso e non è rimborsabile in caso di uscita anticipata.
Ospiti Residenziali € 90,00 al giorno per i primi 30 gg., allo scadere verrà stabilita, in base alla valutazione sanitaria e assistenziale, la retta definitiva che può variare da € 80,00 a € 88,00 al giorno.
La prima retta dovrà essere saldata prima dell'ingresso, mediante bonifico sul conto corrente indicato dall'Ente e le successive avranno scadenza entro i primi 5 gg. del mese corrente, secondo il prospetto che verrà consegnato dall'Ufficio Amministrazione.
In caso di recesso/dimissioni/trasferimento o decesso le rette già versate non saranno rimborsabili. Resta l'obbligo di preavviso di 10 gg. anche nel caso in cui la cessazione avvenga dopo il giorno 20 del mese.
L'Ente si riserva la facoltà di variare l'importo della retta, secondo il variare della situazione sanitaria e assistenziale, comunicando il nuovo importo che decorrerà dal primo giorno del mese successivo, nel rispetto del termine di preavviso di 30 giorni antecedenti l'inizio della variazione.
5. Contestualmente dovrà essere costituito un deposito di € 100,00 per i servizi, gli oneri e le spese personali quali parrucchiera, podologo, fisioterapista, spese specialistiche, farmaci non convenzionati con AUSL o altre spese simili e che l'Ospite si impegna a pagare direttamente al Prestatore del servizio, a presentazione del documento di spesa.
6. Nei casi di ricovero in struttura ospedaliera, durante la conseguente degenza e, comunque, fino al rientro in sede, l'Ente è esonerato dall'obbligo di prestare assistenza all'Ospite.

7. L'Ospite e per esso i Parenti di riferimento o l'Amministratore di sostegno riconoscono espressamente all'Ente le seguenti facoltà:
- Provvedere, a sua insindacabile discrezione, al trasferimento dell'Ospite in una stanza diversa da quella assegnata all'atto d'ingresso per esigenze organizzative interne dell'Ente o dipendenti dalle mutate condizioni psico-fisiche e di salute o comportamentali dell'Ospite stesso o per esigenze di interventi straordinari o di manutenzione dell'immobile o impianti.
 - Recedere dal rapporto con termine di preavviso di 30 giorni, procedendo alla dimissione dell'ospite, con obbligo di ottemperanza da parte dei firmatari del contratto di accoglimento nei seguenti casi:
 - a) Nel caso in cui il periodo di osservazione sulle condizioni psico-fisiche successivo all'accoglimento non dia esito positivo;
 - b) Per morosità nel pagamento di 2 (due) mensilità di retta;
 - c) Per non accettazione delle scelte organizzative, logistiche e assistenziali adottate dall'Amministrazione;
 - d) Per mancato rispetto delle norme previste nel Regolamento interno.
8. L'Ospite o per esso i Parenti di riferimento o l'Amministratore di sostegno hanno la facoltà di recedere dall'impegno assunto con la sottoscrizione del presente contratto, comunicandolo a mezzo lettera raccomandata o a mano indirizzata all'Amministrazione della Fondazione Pensionato "Livia Cavalieri Gallerani" Onlus con termine di preavviso di 10 giorni.
9. L'Ospite o per esso i Parenti di riferimento o l'Amministratore di sostegno, prendono atto che questa struttura è rivolta a persone autosufficienti e/o non autosufficienti di grado lieve quindi:
- la presenza h24 è garantita soltanto per le O.S.S., ma le stesse non possono prestare sorveglianza continuativa dovendo svolgere le proprie mansioni;
 - la presenza dell'infermiera è garantita solo nelle ore diurne;
 - non essendo presente il Medico di Struttura, l'assistenza medica è prestata dal medico di base che visita settimanalmente o in caso di bisogno le proprie assistite;
 - Per gli Ospiti che conservano la propria residenza fuori dal Comune di Cento è obbligatoria la scelta del Medico di base scelto dalla struttura, gli Ospiti residenti nel Comune possono mantenere il proprio Medico a condizione che lo stesso si assuma l'impegno di visite in caso di necessità e prescrizione farmaci necessari, comunicando quindi un recapito telefonico per le urgenze.
 - In caso d'emergenza, per il peggioramento repentino delle condizioni sanitarie dell'Ospite e al di fuori dell'orario di disponibilità del Medico di base, sarà attivata la chiamata alla Guardia Medico o al 118;
 - l'Ente non ha l'obbligo di accompagnare l'Ospite in ambulanza o al Pronto Soccorso.
 - liberano totalmente l'Ente da ogni responsabilità in merito ad esigenze o urgenze non previste per una Casa di Riposo. L'Ente si impegna soltanto ad avvisare tempestivamente il Parente delle necessità dell'Ospite.

I sottoscritti, richiedente, Parenti di riferimento/Amministratore di sostegno,

Ospite:

Nome e Cognome _____ nato a _____
il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____

Parenti di riferimento/Amministratore di sostegno - riferimento (1)

Nome e Cognome _____ nato a _____
il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____

Parenti di riferimento/Amministratore di sostegno - riferimento (2)

Nome e Cognome _____ nato a _____
il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____

Parenti di riferimento/Amministratore di sostegno - riferimento (3)

Nome e Cognome _____ nato a _____
il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____

dichiarano di assumere in solido fra loro, unitamente all'Ospite, tutte le obbligazioni derivanti dal Contratto di Ospitalità, a seguito dell'accettazione della presente domanda, impegnandosi, di conseguenza, ad assumersi tutte le responsabilità relative al presente contratto ed a saldare ogni debito nei confronti dell'Ente a semplice richiesta di quest'ultimo.

Dichiara, in particolare, di avere letto e accettato quanto previsto dall'art. 9 e 10 del presente contratto, consapevole delle limitazioni esistenti.

Cento, il _____

Firma dell'Ospite

Firma del

Riferimento (1) _____

Riferimento (2) _____

Riferimento (3) _____