

CONTRATTO DI ACCOGLIENZA POSTO CONVENZIONATO A TEMPO INDETERMINATO

OGGETTO: ACCOGLIMENTO dal _____ del/la Sig. _____,
nato a _____
residente a _____
in _____ - cap. _____

TRA

Il Centro Anziani, con sede legale a Bussolengo - Vr, in Via Paolo Veronese nr. 9, P.I. 02327970238, nella persona del Segretario - Direttore dott. Bertezolo Umberto, nato a Villafranca di Verona - Vr, il 04.09.1973

E

I sottoscritti:

1) la sottoscritto/a _____
nata a _____
residente a _____ in _____ - cap. _____
Tel. _____

2) Il/La sottoscritto/a _____, grado di parentela _____
nato/a a _____ il ___ / ___ / _____,
residente a _____ in Via _____
Tel. ___ / _____ - ___ / _____

nel chiedere l'accoglimento della persona in oggetto presso codesto Centro Anziani - I.P.A.B. di Bussolengo - Vr, in Via Paolo Veronese nr. 9

CHE SI IMPEGNANO

a provvedere ed a rispondere personalmente al pagamento della retta giornaliera attuale e futura stabilita dal Consiglio di Amministrazione del Centro Anziani ed alla rifusione delle spese extra eventualmente sopportate per conto dell'assistito in argomento, spese sanitarie etc., di cui si allega il prospetto attualmente vigente.

DICHIARANO

di essere a conoscenza che la retta giornaliera può essere ridotta solo nel caso che vi sia contributo diretto all'utente da parte di Enti Pubblici

SI OBBLIGANO

- 1) di accettare tutte le norme e condizioni previste dal regolamento di gestione del Centro Anziani - I.P.A.B., approvato dal Consiglio di Amministrazione con delibera n. 38 del 23.12.1991 ed eventuali modifiche future;
- 2) **RETTE** - Gli importi delle rette sono documentati con specifica comunicazione. L'ammontare delle rette è soggetto a revisione annuale da parte del Consiglio di Amministrazione, preventivamente e adeguatamente comunicata.

La data di decorrenza di pagamento della retta corrisponde al giorno specificato in oggetto, indipendentemente dalla data di decorrenza di pagamento del contributo indicata dalla scheda di convenzione dell'Ulss o dalla data di effettivo ingresso della persona. Il giorno di dimissione o decesso non verrà fatturato. All'accoglimento verrà applicata la retta applicata tenendo conto del profilo assegnato dalla scheda SVAMA trasmessa dall'Ulss.

Durante la degenza, se in sede di revisione del Piano Assistenziale Individuale - PAI si registra un peggioramento permanente dello stato della persona che richiede un maggior carico socio - sanitario ed assistenziale che verrà comunicato e documentato ai familiari con l'estratto del verbale Uoi, si provvederà all'applicazione della retta prevista come da prospetto allegato e il vigore all'atto del peggioramento.

- 3) SOTTOSCRIZIONE DOCUMENTAZIONE - La documentazione relativa all'ingresso (contratto di accoglienza; informativa privacy; ...) non può essere sottoscritta solo ed esclusivamente dall'anziano, ma dovrà necessariamente essere controfirmata da un familiare a garanzia.
- 4) ad accettare le seguenti condizioni:
- nel caso di **INGRESSO A TEMPO DETERMINATO**: alla scadenza del periodo concordato l'eventuale proroga o passaggio a indeterminato sarà regolarizzato con una comunicazione scritta formale accettata dalle parti;
 - di confermare il ricevimento della carta dei servizi e del regolamento del Comitato dei familiari alla firma del presente contratto;
 - di essere a conoscenza che gli utenti autosufficienti possono uscire negli orari di apertura (dalle 8.00 alle 19.00 nel periodo invernale - dalle 8.00 alle 20.00 nel periodo estivo) senza nessuna responsabilità da parte dell'Ente;
 - è richiesta l'autorizzazione scritta da parte dei parenti nel caso questi avessero in precedenza comunicato la volontà di limitare la libera uscita dell'utente autosufficiente;
 - di essere a conoscenza che bisogna informare il personale infermieristico nel caso di uscite degli utenti non autosufficienti, previa compilazione di apposito modulo di responsabilità, disponibile presso l'infermeria dell'Ente;
 - l'Amministrazione dell'Ente intende far uscire per brevi passeggiate o piccoli viaggi gli utenti accompagnati da operatori o volontari, salvo parere contrario scritto dei familiari;
 - di impegnarsi a consegnare solo indumenti e biancheria che devono essere numerati con il numero assegnato all'atto dell'accoglimento, ed adatti ai lavaggi frequenti con l'uso di detersivi e disinfettanti adatti, sollevando l'Ente da ogni responsabilità se venissero rovinati i capi che non rispondono alle caratteristiche richieste;
 - di prendere atto che l'Ente non garantisce assistenza esterna e, in particolare in caso di visite specialistiche il familiare si impegna a garantire l'assistenza all'anziano durante la visita, nel caso il referente non si presenti verrà incaricata un'ambulanza privata che si occuperà di espletare la visita e si daranno all'ambulanza per la fatturazione i dati del referente o sarà eseguita dal personale dell'Ente fuori turno e fatturata nella retta;
 - di prendere atto che l'Ente consiglia di non lasciare all'utente denaro od oggetti di valore, sollevandolo da ogni responsabilità in caso di smarrimento;
 - di accettare eventuali trasferimenti di stanza o passaggio ad altro reparto all'interno del Centro Anziani secondo le esigenze o necessità della Direzione, che si impegna ad informare preventivamente dell'esigenza di cambiare;
 - di assumere la responsabilità per il rifiuto da parte dell'utente di accettare le prescrizioni e le cure sanitarie del medico I.P.A.B., subendo le conseguenze relative e sollevando l'Ente da qualsiasi responsabilità;
 - di comunicare per iscritto con 15 gg. di preavviso l'eventuale volontà di dimettere la persona dalla struttura;
 - di accettare e presentare una tra le seguenti condizioni, **comprovate con la copia del documento conservate nella cartella dell'utente.**

SE L'UTENTE È ASSISTITO DAL COMUNE DI RESIDENZA

- SÌ** - barrare una delle seguenti condizioni
- Delibera di impegno da parte del Comune di residenza per l'intera copertura della retta di ricovero in via continuativa, salvo aggiornamenti della spesa a seguito di aumento della retta.
- Delibera del Comune di residenza dalla quale risulti l'impegno di assumere, in via surrogatoria, la copertura della spesa maturata in caso di inadempienza dell'utente o dei familiari.
- NO**

Letto, confermato e sottoscritto per l'accettazione:

PALMA AURORA ALBA
(cognome e nome per esteso)

(cognome e nome per esteso)

IL SEGRETARIO - DIRETTORE
dott. Bertezzo Umberto

(cognome e nome per esteso)

Bussolengo, 03 maggio 2016