



Salutevita

Servizi sociosanitari
e assistenziali

CONTRATTO D'INGRESSO R.S.A.

PER LA DEFINIZIONE DEI RAPPORTI GIURIDICI ED ECONOMICI

A seguito della domanda di accoglimento presso la R.S.A. CASA _____
per l'ammissione del/la Sig./Sig.ra _____
in qualità di ospite/ utente in regime di R.S.A. in posto letto:

- ☐ accreditato a contratto a tempo indeterminato
☐ accreditato a contratto a tempo determinato per un minimo di 30 giorni massimo 60 giorni
☐ accreditato a tempo indeterminato
☐ accreditato a tempo determinato per un minimo di 30 giorni massimo 60 giorni
☐ di sollievo per un minimo di 30 giorni prorogabili fino a 60 giorni

TRA

la Fondazione Salutevita (di seguito denominata per brevità Fondazione) con sede in Via XXIX Luglio, 28 – Sermide e Felonica (MN) – C.F. 01591200207 e P.I. 02619900208 legalmente rappresentata dal Presidente Sig. Francesco Canossa

E

Il/la sig./sig.ra _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____

residente a _____ Prov. _____

via _____

Codice fiscale _____ Codice Sanitario _____

in seguito indicato "Ospite" della Fondazione per il servizio di R.S.A. CASA _____

prenotazione posto dalla data del ____/____/____, ricovero dalla data del ____/____/____ alla data del ____/____/____

E/O

Il/la sig./sig.ra _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Codice fiscale _____

residente a _____ Prov. _____

via _____

Tel. _____ Cell. _____ Fax. _____

e-mail _____

che accetta con questa scrittura di divenire obbligato in solido per il pagamento delle prestazioni di cui al presente contratto (di seguito per brevità denominato "Obbligato")

Sede legale: 46028 Sermide e Felonica (Mantova) Via XXIX Luglio 28

CASA CANOSSA Via Mantovana 6 - Serravalle a Po - CASA SOLARIS Via XXIX Luglio 28 - Sermide e Felonica

uffici 0386 61314 - fax 0386 62156 - info@salutevita.it - fonsalutevita@messagingpec.it

P.I. 02619900208 - C.F. 01591200207

E/O

Il/la sig./sig.ra _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Codice fiscale _____

residente a _____ Prov. _____

via _____

Tel. _____ Cell. _____ Fax. _____

e-mail _____

che accetta con questa scrittura di divenire obbligato in solido per il pagamento delle prestazioni di cui al presente contratto (di seguito per brevità denominato "Obbligato")

E/O

Il/la sig./sig.ra _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Codice fiscale _____

residente a _____ Prov. _____

via _____

Tel. _____ Cell. _____ Fax. _____

e-mail _____

In qualità di tutore/amministratore di sostegno/procuratore, giusto provvedimento del Tribunale che si allega al presente contratto

PREMESSO

- che la Fondazione Salutevita di Sermide e Felonica è autorizzata al funzionamento per n. 140 posti letto di cui 130 accreditati a contratto con ATS Val Padana, 2 di sollievo e 8 accreditati;
- che l'accesso alla struttura è subordinato al rispetto della graduatoria generata con i criteri individuati nella Carta dei Servizi per l'accoglimento, permanenza e dimissione;
- che, in ottemperanza a quanto previsto dalla vigente normativa regionale, l'ospite/l'obbligato e/o tutore e/o amministratore di sostegno sono stati informati sulle prestazioni offerte, sulle condizioni per accedervi, sulla possibilità di accedere ad altre unità di offerta accreditate in ragione dei bisogni personali di assistenza espressi, ed hanno optato per il servizio di cui alla pagina 1 e secondo quanto previsto dal presente contratto;
- che i sottoscrittori del presente contratto si impegnano al corretto adempimento delle obbligazioni contrattuali dell'Ospite;
- che l'ingresso non potrà aver corso senza la sottoscrizione del presente contratto da parte dei predetti soggetti.

SI CONVIENE E STIPULA QUANTO SEGUE

ART. 1 PREMESSE

Le premesse costituiscono parte integrante e sostanziale del presente contratto.

ART. 2 OGGETTO E PRESTAZIONI A CARICO DELLA FONDAZIONE

La Fondazione si impegna a erogare, a fronte del pagamento di quanto indicato al successivo articolo, prestazioni di natura socio sanitaria ed assistenziale in regime residenziale, a beneficio dell'ospite Sig./Sig.ra

a partire dal giorno ____/____/____ al quale viene assegnato, in conformità alla domanda presentata, tenuto conto delle sue condizioni psico fisiche, un posto letto.

Il trattamento nella Residenza Sanitaria Assistenziale comprende nella quota di retta tutti i servizi e le prestazioni previste dalla normativa della Regione Lombardia vigente in materia di autorizzazione al funzionamento e accreditamento, dettagliati nell'allegato n°1 alla Carta dei Servizi allegata al presente contratto di ingresso per formarne parte integrante e sostanziale.

I servizi non compresi nella retta sono dettagliati nell'allegato n°1 alla Carta dei Servizi. La retta non comprende la fornitura di protesi quali occhiali, dentiere, arti artificiali, ecc., spese telefoniche, prestazioni richieste dall'utente o dai suoi famigliari ed ogni altra prestazione non prevista espressamente nella Carta dei Servizi.

ART.3 PRESTAZIONI A CARICO DELL'OSPITE/OBBLIGATO/TUTORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO/PROCURATORE

Con il presente atto il/la sottoscritto/a accetta il ricovero del Sig./Sig.ra

Presso R.S.A. Casa_____ dalla data di cui sopra (art.2) in posto letto:

- ☐ O accreditato a contratto a tempo indeterminato
- ☐ O accreditato a contratto a tempo determinato per un minimo di 30 giorni massimo 60 giorni
- ☐ O accreditato a tempo indeterminato
- ☐ O accreditato a tempo determinato per un minimo di 30 giorni massimo 60 giorni
- ☐ O di sollievo per un minimo di 30 giorni prorogabili fino a 60 giorni

la quota giornaliera del soggiorno a carico dell'Ospite e/o dell'obbligato è fissata in € _____ al netto del contributo sanitario regionale ove previsto.

Per il ricovero su posto accreditato a contratto a tempo indeterminato inferiore a sessanta giorni (escluso il caso di decesso) il costo della predetta quota giornaliera è pari ad € _____ al netto del contributo sanitario regionale ove previsto

Per il ricovero su posto di sollievo per un tempo inferiore a trenta giorni (escluso il caso di decesso) il costo della quota giornaliera per i trenta giorni minimi di degenza dovrà essere pagato comunque, anche in caso di uscita anticipata.

Per tutte le tipologie di posti letto la retta decorre dalla data di conferma del posto.

Nel caso in cui il posto letto non sia occupato entro la predetta conferma, il pagamento della retta sarà comunque dovuto anche per i giorni in cui il posto letto è stato messo a disposizione del richiedente, senza che questi lo abbia occupato.

La retta di degenza è contabilizzata mensilmente, moltiplicando la retta giornaliera per i giorni di effettiva presenza senza alcuna riduzione nei casi di assenza temporanea dell'ospite.

Tale retta sarà addebitata con fatturazione mensile posticipata, e dovrà essere pagata entro 15 giorni dal ricevimento della fattura. con le modalità indicate dalla Fondazione.

L'ingresso in struttura è subordinato all'avvenuto versamento di un deposito cauzionale di importo pari a € _____ = (solo per ricoveri su posto accreditato a contratto o accreditato).

Il deposito cauzionale per ricoveri su posto di sollievo non è richiesto.

Tale deposito cauzionale è versato a garanzia del regolare pagamento dei corrispettivi e delle obbligazioni pecuniarie a qualsiasi titolo dovuti in favore della Fondazione medesima durante la permanenza dell'Ospite in struttura nonché quale ristoro di eventuali danneggiamenti arrecati dall'Ospite durante la degenza. Il deposito cauzionale verrà restituito al termine della permanenza dell'Ospite presso la struttura, a condizione che non si siano verificate, durante il periodo di ricovero, mancanze od inadempienze in ordine ai corrispettivi dovuti in favore della Fondazione e/o eventuali danneggiamenti, imputabili all'Ospite, a proprietà o beni della Fondazione stessa. La restituzione avverrà mediante bonifico bancario dopo l'avvenuto pagamento dell'ultima retta di degenza ed eventuali altre pendenze.

In caso di inadempimento la Fondazione tratterrà dal deposito cauzionale l'importo dovuto fatto salvo in ogni caso il diritto della Fondazione al recupero delle maggiori somme dovute mediante separata azione a tutela del credito.

L'Ospite e/o l'obbligato si obbligano in solido al pagamento mensile della fattura.

L'importo della retta viene fissato dal Consiglio di Amministrazione, generalmente una volta l'anno. Sempre il Consiglio di Amministrazione, determina i servizi inclusi o esclusi dalla retta giornaliera deliberata.

La Fondazione si riserva la facoltà di aumentare la retta sulla base dell'aumento dell'indice ISTAT, dei maggiori oneri derivanti dagli aumenti gestionali, contrattuali e del personale, dei maggiori oneri derivanti dagli adeguamenti a normative nazionali e regionali.

La variazione è comunicata all'ospite/obbligato/tutore/amministratore di sostegno/procuratore mediante comunicazione scritta inviata preferibilmente a mezzo raccomandata A.R. e/o a mani, o per posta elettronica, almeno 15 giorni prima dell'applicazione della nuova tariffa.

La decorrenza dell'aumento della retta non può essere retroattiva.

L'Ospite, obbligato e/o Tutore e/o Amministratore di sostegno/procuratore, nel termine di giorni quindici dalla ricezione della predetta comunicazione di variazione della retta, avranno facoltà di recedere dal presente contratto mediante comunicazione scritta da far pervenire alla sede della Fondazione.

Il contratto si intende risolto con l'uscita dalla struttura a cura e spese dell'obbligati entro venti giorni dal ricevimento della manifestazione di recesso.

L'Ospite/obbligato e/o tutore e/o amministratore di sostegno/procuratore:

- si impegnano a fornire tutti i dati e i documenti richiesti per il perfezionamento della pratica di accoglimento;
- sono tenuti con puntualità a comunicare alla Fondazione eventuali variazioni dei dati e documenti richiesti (l'anagrafica, la situazione pensionistica dell'Ospite, i propri dati -residenza, recapiti telefonici, stato di famiglia, riferimenti bancari);
- in caso di ritardi od omissioni graveranno sui predetti le spese e gli eventuali danni.

L' Obbligato/tutore/amministratore di sostegno/procuratore sono tenuti ad informare la Fondazione in caso di assenza o ferie in modo da essere reperiti in caso di necessità.

È vietata la cessione del presente contratto.

ART.4 CERTIFICAZIONI FISCALI E CARTELLA CLINICA

La Fondazione rilascerà ad ogni ospite la certificazione valida ai fini fiscali, relativa ai costi sanitari sostenuti, entro i tempi utili per la presentazione della dichiarazione dei redditi.

Su richiesta dell'Ospite o di un suo avente causa la Fondazione è tenuta a predisporre copia della cartella clinica entro sette giorni dal ricevimento della richiesta. L'avente diritto dovrà rimborsare alla Fondazione la somma di € 12,00 entro le 100 pagine, di € 24 oltre le 100 pagine, oltre I.V.A. nella misura di legge.

ART.5 IPOTESI DI RECESSO, DI RISOLUZIONE DEL CONTRATTO O DI DIMISSIONI

La Fondazione non garantisce il mantenimento del posto qualora si verifichino le seguenti condizioni:

- scadenza del trentesimo giorno di assenza consecutivo;
- in caso di insolvenza del pagamento della retta trascorsi trenta giorni dal ricevimento del sollecito di pagamento;
- nel caso in cui un familiare/care giver somministri o autorizzi la somministrazione di qualsiasi tipo di medicinale o trattamenti alla persona, di bevanda o cibo, o senza previa autorizzazione della Direzione Sanitaria della Struttura, correttamente riportata nel fascicolo-socio sanitario;
- nel caso di lesione del rapporto fiduciario tra l'ospite e/o il suo familiare/care giver e gli operatori della Struttura ad insindacabile giudizio della Direzione;
- nel caso in cui l'evoluzione psico-fisica dell'Ospite richieda un trattamento sanitario che la struttura non sia in grado di garantire.

In caso di recesso del contratto o dimissioni, la Fondazione ha l'obbligo di darne tempestiva comunicazione agli uffici competenti dell'A.T.S. Val Padana e del Comune di residenza dell'Ospite.

La Fondazione potrà recedere con comunicazione scritta inviata all'Ospite / obbligato e/o tutore e/o amministratore di sostegno e/o procuratore nel caso di reiterati e gravi ritardi o non avvenuti pagamenti delle quote di rette a carico dell'Ospite.

Altri motivi di recesso, possono risiedere nell'impossibilità da parte della Fondazione di gestire l'Ospite, ovvero quando sono ripetutamente violate le regole di convivenza previste dalla Carta dei Servizi e questo faccia insorgere seri e comprovati motivi di incompatibilità con la vita dell'Istituzione o qualora le stesse incompatibilità sorgano con uno o più parenti dell'Ospite.

In questi casi, la Fondazione si attiverà affinché le dimissioni avvengano in forma assistita dal Comune e dall'A.T.S. Val Padana.

È possibile recedere dal contratto con preavviso di almeno 20 giorni (o corrisposti in denaro per retta equivalente) da comunicarsi per iscritto, fermo quanto innanzi indicato per i pagamenti minimi delle rette.

ART. 6 TRATTAMENTO PER LA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI (legge sulla privacy)

Ai sensi del Regolamento Generale Sulla Protezione Dei Dati (Reg.UE 679/16 - D.lgs. 196/2003 e s.m.i.), tutte le informazioni relative al trattamento dei dati personali del contraente, nonché i relativi consensi informati, sono specificati nel FASCICOLO TUTELA PRIVACY allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale.

ART. 7 FORO ESCLUSIVO

Per qualunque controversia inerente l'interpretazione, esecuzione e/o risoluzione del presente contratto è competente in via esclusiva il Foro di Mantova.

ART. 8

Le parti approvano ed accettano espressamente le clausole citate nel presente contratto.

Per tutto quanto non previsto nel presente contratto si fa riferimento alle norme del codice civile ed alle disposizioni regionali e nazionali vigenti in materia tempo per tempo.

Allegati (consegnati all'ospite/obbligato/contraente):

- 1) Carta dei servizi completa di allegati
- 2) FASCICOLO TUTELA PRIVACY (citato in art.6)
- 3) Fotocopia carta identità e codice fiscale dell'obbligato
- 4) Delega per l'esercizio dei diritti dell'interessato al trattamento dei dati Reg. UE 16/679 e D.LGS 196/03

Sermide e Felonica, li _____

L'OSPITE

L'OBBIGATO/TUTORE/A.D.S./PROCURATORE

IL PRESIDENTE (o delegato)

Se per impedimento fisico o per incapacità alla scrittura, l'ospite non fosse in grado di apporre la propria firma, essa verrà sostituita con una "X". Si prevede siano infermieri e medico di struttura a procedere alla verifica della tutela della dignità e della volontà dell'Ospite (ai sensi dell'art.9, c.82, lett. a), e art. 84), confermando che la "X" è stata apposta dall'ospite, il quale è stato messo a conoscenza di quanto sopra riportato.

1° Testimone

Nome e Cognome (leggibile) _____

Firma _____

2° Testimone

Nome e Cognome (leggibile) _____

Firma _____

Firma per ricevuta -----