

Contratto di Ospitalità

tra

L'ASP Lazzarelli rappresentata dal direttore dott.ssa Laura Taccari

e

Il/la sig/ra		nato/a		II	
Residente a		in via			
C.F.		Tel.			

In caso di impossibilità dell'ospitando/a, il/la coobbligato/a

Il/la sig/ra		nato/a		II	
Residente a		in via			
C.F.		In qualità di			
del sig/ra		nato/a		II	
Residente a		in via			
C.F.		Tel.			

L'ospitando

Chiede di essere ospitato presso l'ASP Lazzarelli e di obbligarsi:

a. al pagamento della retta di ricovero nella misura richiesta all'atto dell'accettazione e di tutte le sue eventuali successive variazioni, entro e non oltre i primi 10 gg. del mese.

b. a presentare tutta la documentazione occorrente, al momento dell'accoglimento della presente istanza:

1. Cartella clinica attestante la situazione psico-fisica;
2. Copia di documento di riconoscimento (patente, carta d'identità,)
3. Tessera sanitaria
4. Relazione anamnestica del medico curante ove siano indicate eventuali affezioni passate e/o in corso, la terapia in atto al momento dell'ingresso e le eventuali allergie
5. copia di verbale di invalidità civile qualora l'Ospite fosse beneficiario di indennità di accompagnamento.

c. a fornire l'abituale terapia farmacologia in corso nonché gli eventuali presidi terapeutici dei quali facesse uso (pannoloni cateteri, placche per stomia etc.) in quantità sufficiente a coprire il fabbisogno dei primi giorni.

Dichiara altresì di impegnarsi:

1. al rispetto del regolamento di vita comunitaria
2. a consumare i pasti e la prima colazione nei refettori della Lazzarelli
3. a sottoporsi all'eventuale cambiamento della camera assegnata in base al giudizio insindacabile dell'Ente.

Dichiara di avere preso atto

della carta dei servizi e di accettare quanto ivi indicato in particolare:



- Che le spese di degenza ospedaliera, faranno carico direttamente allo stesso senza alcun onere a carico dell'Amministrazione. In tal caso l'Ente applicherà una riduzione del 50% sulla retta in caso di ospite convenzionato o di € 5 per ciascun giorno di assenza in caso di ospite non convenzionato.
- Che in particolari situazioni (che potessero insorgere dopo l'ingresso e che dovessero dar luogo ad atti inconsulti nei confronti di se stessi o verso gli altri, l'Amministrazione a suo insindacabile giudizio, potrà allontanare l'ospite con un preavviso massimo di 15 gg.
- Che ai sensi dell'art. 26 della carta dei servizi, è consentito agli ospiti, salve le limitazioni del caso debitamente stabilite dal medico curante, la massima libertà di movimento in entrata ed in uscita previo avvertimento del personale. L'istituto non risponde per gli atti, gesti inconsulti, comportamenti, incidenti, ecc. causati dall'ospite al di fuori della struttura.
- Che l'Istituto declina ogni e qualsiasi responsabilità per la custodia di effetti personali, oggetti anche preziosi, denaro, capi di vestiario e più in generale di tutto quanto di proprietà personale dell'ospite.
- Che l'ospite stesso qualora lo desideri, potrà richiedere all'amministrazione dell'Ente la custodia in cassaforte di somme di denaro od altro, previa redazione di apposito verbale di consegna. Anche in tale caso l'Azienda non assume alcuna responsabilità per la custodia di qualsivoglia valore, anche in deroga al disposto dell'art. 1784 del c.c.
- Che l'Istituto non risponde per eventuali danni, infortuni che possono verificarsi in occasione delle uscite/gite organizzate dalla struttura.
- Che il ricevimento delle telefonate e l'accesso nella struttura dei visitatori e parenti sono consentiti nell'orario 9:30- 11:30 e 15:30-17:30; che sono consentite deroghe solo previa autorizzazione della segreteria.
- Che l'ASP Lazzarelli non assume responsabilità alcuna in caso di dichiarazioni false e mendaci circa il reddito percepito dal facente domanda. Qualora, infatti, il reddito fosse superiore a quello che garantisce l'esenzione del ticket per gli ultrasessantacinquenni, la nostra struttura si esime da ogni responsabilità.

Qualora l'aspirante sia impossibilitato/a a far fronte agli obblighi derivanti dal pagamento delle rette si sottoscrive la seguente dichiarazione

Il sottoscritto/a		nato/a		II	
Residente a		in via			
C.F.		In qualità di			
del sig/ra		nato/a		II	

Si obbliga con la presente al pagamento della retta di ricovero del predetto familiare, amministrato nonché a provvedere interamente alla sua assistenza in caso di ricovero ospedaliero.

San Severino Li _____ Firma _____

In assenza di entrambe le condizioni suesposte si allega dichiarazione di impegno da parte del sindaco del Comune di domicilio di soccorso dell'anziano all'integrazione della retta di ricovero.