

- Che per il giorno di dimissione verso altra struttura viene applicato il 50% della retta;
- Che per i giorni di assenza, fatta eccezione per quelli dovuti a ricovero ospedaliero o malattia certificata, agli ospiti del Centro Diurno viene comunque applicata il 75% della tariffa;
- Che per le persone autosufficienti o accolte senza impegnativa sono previste il mantenimento del proprio Medico di Assistenza Primaria e l'acquisto, in modo autonomo, dei farmaci;
- Che per gli ospiti a cui è stato certificato (tramite scheda SVaMA) il passaggio dalle condizioni di autosufficienza a quelle di non autosufficienza, sarà applicata la retta intera senza impegnativa di residenzialità fino al rilascio da parte del Distretto dell'Ulss di riferimento dell'impegnativa di residenzialità e/o alla disponibilità di posti letto accreditati.

COMUNICA

I seguenti nominativi ed indirizzi di familiari e/o conoscenti ai quali l'Ente potrà rivolgersi in caso di necessità:

Cognome, nome, relazione di parentela	Indirizzo	Telefono

Allega:

- Copia C.I. dell'anziano;
- Copia Verbale di Accertamento Invalidità Civile;
- Tessera Sanitaria cartacea e magnetica;
- Eventuali esenzioni;
- Eventuale nomina di Amministratore di Sostegno/Tutore;
- Medicinali in uso.

Documenti consegnati:

- Carta Servizi;
- Regolamento Interno dei servizi residenziali e Centro Diurno;
- Codice Etico;
- Tariffe;
- Decreto regionale n. 72 del 29/07/16.

Firma del richiedente

Belluno, il _____

ATTO UNILATERALE DI IMPEGNO

L'anno duemila __ il giorno _____ del mese _____ in Belluno, presso la sede del Centro Servizi della società Ser.S.A. Srl , in Via Andrea Alpago n. 1, avanti all'Assistente Sociale dott.

I Signori di seguito:

• _____
Cognome/Nome nato/a a _____ il _____

_____ Residente in via _____ cap-comune-provincia _____ tel. _____

C.F. _____

• _____
Cognome/Nome nato/a a _____ il _____

_____ Residente in via _____ cap-comune-provincia _____ tel. _____

C.F. _____

• _____
Cognome/Nome nato/a a _____ il _____

_____ Residente in via _____ cap-comune-provincia _____ tel. _____

C.F. _____

• _____
Cognome/Nome nato/a a _____ il _____

_____ Residente in via _____ cap-comune-provincia _____ tel. _____

C.F. _____

Si impegna /impegnano, ad ogni effetto di legge, nei confronti di Ser.S.A. per quanto di seguito indicato:

- L'obbligato/gli obbligati si impegna/no al pagamento degli oneri presenti e futuri derivanti dall'accoglimento dell'Ospite c/o il Centro Servizi Ser.S.A.. L'impegno così assunto si riferisce:
 - a. Alla retta/tariffa giornaliera stabilita annualmente con delibera del Comune di Belluno. La retta/tariffa viene calcolata in base alle presenze effettive del mese precedente e il pagamento potrà essere fatto, in seguito al ricevimento della fattura mensile, tramite bonifico, assegno circolare o addebito diretto SEPA entro 20 giorni dalla data di emissione della fattura;
 - b. Alla variazione di retta dovuta a:
 - Spostamento di stanza;
 - Variazione delle condizioni di auto/non autosufficienza;
 - c. Al pagamento di eventuali prestazioni accessorie rispetto alla retta applicata che dovessero essere in futuro deliberate;
 - d. Al pagamento delle spese medicinali e sanitarie che non rientrino nel prontuario dei farmaci e prestazioni;
 - e. All'esatto e puntuale adempimento di quanto previsto ai commi a), b), c), e d), entro l'importo annuo massimo di Euro 20.000,00.

A tale fine dichiara/dichiarano che il signor/la signora _____

1. Percepisce una pensione mensile di euro _____
2. Fruisce di indennità di accompagnamento di euro _____
3. Ha presentato domanda di indennità di accompagnamento in data _____

"L'obbligato/gli obbligati si impegna/no a far sì che la predetta pensione e/o indennità di accompagnamento percepite dall'ospite siano destinate in primo luogo al pagamento degli oneri indicati alle precedenti lettere a), b), c), d)".

L'obbligato/gli obbligati dichiara/no di essere perfettamente a conoscenza che in caso di mancato e/o ritardato versamento degli importi dovuti, Ser.S.A. provvederà al loro recupero nei modi di legge e con le seguenti modalità:

- 1° sollecito telefonico/scritto;
- 2° sollecito scritto A/R;
- 3° la pratica sarà affidata ad un legale per il recupero del credito.

Ai sensi degli artt. 13, 23 e 26 del d.lgs. 196/03, il sottoscritto dichiara di avere ricevuto completa informativa sul trattamento dei dati personali e di esprimere il proprio consenso al trattamento ed alla comunicazione dei medesimi ed in particolare di quelli considerati sensibili dallo stesso d.lgs. o che possano costituire oggetto di trattamento per le finalità di una corretta gestione dei rapporti intercorrenti con la SER.S.A. S.r.l., Consulenti, Enti Previdenziali ed Assistenziali, Istituti di Credito, Enti Pubblici Nazionali, Regionali e Provinciali, eccetera, sempre nei limiti per le finalità e la durata precisati nell'informativa.

Firma dell'obbligato/degli obbligati

Allegano i seguenti documenti:

data _____

- Fotocopia C.I degli obbligati

SER.S.A. Servizi Sociali Assistenziali S.r.l. a socio unico	RICHIESTA DI AMMISSIONE Ai servizi residenziali e semiresidenziali
---	---

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ in qualità di _____ residente a _____ (Prov. _____) via _____ n. _____ Telef. Fisso _____ telef. Cellulare _____ Con il consenso informato dell'interessato signor/a _____ nato/a a _____ il _____ Residente a _____ (Prov. _____) via _____ n. _____ Codice Fiscale _____ Tessera sanitaria n. _____

CHIEDE

L' ammissione ai Servizi residenziali/semiresidenziali di Ser.S.A. S.r.l.:

<input type="checkbox"/> ACCOGLIENZA DEFINITIVA dal _____	<input type="checkbox"/> ACCOGLIENZA SENZA IMPEGNATIVA dal _____ al _____
--	--

<input type="checkbox"/> ACCOGLIENZA TEMPORANEA dal _____ al _____	<input type="checkbox"/> SEZIONE STATI VEGETATIVI / SLA dal _____
---	--

<input type="checkbox"/> ACCOGLIENZA PERSONA AUTOSUFFICIENTE	<input type="checkbox"/> CENTRO DIURNO
--	--

<input type="checkbox"/> ACCOGLIENZA IN SAPA dal _____ al _____	<input type="checkbox"/> PROROGA SAPA dal _____ al _____
---	--

PRENDE ATTO:

- Dei contenuti del "Regolamento interno dei Servizi Residenziali e Centro Diurno";
- Dell'ammontare della retta giornaliera, che decorre dal momento dell'ammissione e, in ogni caso, dal terzo giorno successivo alla comunicazione da parte dell'assistente sociale della disponibilità del posto letto;
- Che, in caso di assenza per ricovero ospedaliero o permesso di ospiti della Casa di Riposo, viene applicata la retta intera fino al quinto giorno e il 75% della tariffa dopo il sesto giorno;