

**DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA ED IMPEGNO - DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI
ATTO NOTORIO**

(Artt. 4 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445).

Con la presente scrittura,

il/la sottoscritto/a.....

nato/a a..... (.....) il.....

residente in..... (.....) CAP.....

Via.....

C.F. Tel.

cell p.e.

in qualità di: (barrare la casella che interessa)

- persona direttamente interessata**
- tutore** **curatore** **Amministratore di Sostegno**
- parente/tenuto per legge/altro avente rappresentanza legale**

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' DI:

- Acconsentire al PROPRIO inserimento presso la Residenza Protetta Veralli Cortesi;**
- Acconsentire all'inserimento di.....**

nato/a il a (.....)

residente a (.....) CAP.....

Via.....

presso la Residenza Protetta Veralli Cortesi.

Dichiara, altresì, a tal fine e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art.76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

DI ESSERE A CONOSCENZA CHE:

- 1) l'attuale retta di degenza giornaliera è pari a € **101,24** (euro centouno/24) oltre ad IVA se ed in quanto dovuta;
- 2) non è previsto alcun contributo giornaliero a carico del servizio sanitario regionale;
- 3) la **retta a carico dell'ospite** non convenzionato e/o degli obbligati per legge o del garante (salvo l'integrazione sociale da parte del Comune eletto come domicilio di soccorso, ove sussistano i livelli reddituali che la norma stessa stabilisce), è pari ad € **101.24** (euro centouno/24) **pro capite al giorno** (100% della tariffa prevista), oltre ad IVA se ed in quanto dovuta. Tale tariffa subirà la variazione in

aumento sulla base del 75% dell'indice ISTAT FOI annuale dell'anno solare precedente. L'applicazione dell'adeguamento verrà effettuata a valere sulla retta del mese di giugno e sarà valida per gli undici mesi successivi. È facoltà dell'Azienda concedere un contributo a tutti gli anziani non autosufficienti, convenzionati e/o solventi in proprio; il Consiglio di Amministrazione annualmente, e comunque entro il primo semestre dell'anno corrente, delibererà l'entità, le modalità ed i destinatari del citato contributo. È inoltre facoltà dell'Azienda modificare le tariffe poste a carico degli ospiti per evidenti e comprovati motivi.

- 4) la retta giornaliera di degenza comprende i seguenti servizi:
- a) Assistenza socio-sanitaria nelle ventiquattro ore ed assistenza giornaliera riabilitativa a e di animazione da parte di personale qualificato,
 - b) Servizio ristorazione e pulizie;
 - c) Biancheria piana, presidi o ausili quali: presidi di assorbenza, sollevatori, letti attrezzati, ausili per la deambulazione
 - d) Lavaggio degli indumenti personali dell'ospite;
 - e) Parrucchiera/barbiere;
 - f) Podologo/estetista;
 - g) Eventuale¹ (su esplicita delega dell'ospite e qualora le possibilità organizzative dell'Ente lo consentano): riscossione e custodia della pensione in conto corrente e custodia del quinto della pensione ove dovuto;
 - h) Eventuale² gestione delle piccole spese correnti e relativa rendicontazione attraverso la gestione di un fondo cassa depositato da ogni singolo ospite;
 - i) Escursioni esterne rientranti nei progetti educativi di animazione socio-culturale che prevedano trasferimenti con mezzi di trasporto esterni o il trattenimento in locali di ristorazione esterni.

Le restanti spese dovranno considerarsi extra, pertanto, graveranno sull'ospite e/o sui familiari del medesimo. La corresponsione della retta non dà diritto all'erogazione delle spese farmaceutiche e parafarmaceutiche e presidi sanitari non concessi dal Servizio Sanitario Nazionale.

5) il pagamento della retta deve essere effettuato tramite:

- a) BONIFICO O GIROCONTO BANCARIO presso il Tesoriere dell'Ente (attualmente Monte dei Paschi di Siena filiale di Todi Ponte Rio, Viale Tiberina IBAN n. IT 50 E 01030 38701 000000295037);
- b) ASSEGNO CIRCOLARE NON TRASFERIBILE intestato all'Ente "A.P.S.P. L. Veralli, G. e A. Cortesi" (da consegnare a mano o per posta³ presso gli uffici amministrativi o presso il suddetto Tesoriere Monte dei Paschi di Siena filiale di Todi Ponte Rio, Viale Tiberina);
- c) PAGAMENTO IN CONTANTI, ASSEGNI, ecc.... SOLO presso il suddetto Tesoriere Monte dei Paschi di Siena filiale di Todi Ponte Rio, Viale Tiberina e NON PRESSO GLI UFFICI DELL'ENTE.

6) il pagamento della retta a carico dell'utente dovrà essere effettuato **entro e non oltre il quinto giorno del mese cui si riferisce** (la relativa fattura sarà consegnata in precedenza dall'Ente o da eventuale soggetto gestore). Nel caso di primo inserimento, la fattura è consegnata immediatamente e va pagata entro e non oltre giorni dieci dalla data di effettivo inserimento;

7) **in caso di ritardato pagamento saranno applicati gli interessi di mora** pari al tasso passivo applicato dal Tesoriere all'Azienda come risultate dall'ultimo estratto conto al momento della richiesta aumentato di 3 punti percentuali. Successivamente sarà attivata l'azione di sollecito e atto di messa in mora; nel

¹ Tale servizio attualmente è assicurato dal soggetto Gestore/ditta appaltatrice.

² Tale servizio attualmente è assicurato dal soggetto Gestore/ditta appaltatrice.

³ In tal caso il rischio di spedizione rimane a carico esclusivo del mittente senza alcuna responsabilità per l'amministrazione.

caso di esperimento del sollecito con esito negativo, si provvederà all'avvio dell'iter di riscossione coattiva anche facendo riferimento a quanto previsto dal R.D. 14 aprile 1910 n. 639;

- 8) nei giorni immediatamente precedenti l'ingresso si procederà ad un'incontro preliminare con i referenti del servizio, possibilmente attraverso visita domiciliare, al fine di acquisire le informazioni principali volte a garantire un adeguato inserimento dell'ospite presso la Residenza Protetta.

IL SOTTOSCRITTO.....DICHIARA ALTRESÌ DI:

a) **aver preso visione del Regolamento di questa residenza protetta, di accettare incondizionatamente le norme in esso contenute e di impegnarsi a verificare con cadenza almeno trimestrale le eventuali variazioni;**

b) **impegnarsi a consegnare tutta la documentazione richiesta (la stessa debitamente firmata e compilata in ogni sua parte) ENTRO I 3 (tre) GIORNI CHE PRECEDONO L'INGRESSO DELL'OSPITE IN STRUTTURA;**

c) **che gli avvisi di pagamento dovranno essere intestati a:**

.....
..... nato a..... il.....

residente a (.....) CAP..... Via

.....
CF.....

e recapitati a:

.....
Residente a (.....) CAP.....

Via

d) qualora l'ospitalità dell'utente dovesse creare gravi problemi di convivenza o porre in pericolo l'incolumità e la serenità degli altri ospiti per gravi problemi comportamentali o per motivi disciplinari, i parenti o in loro vece il dichiarante, si impegnano a riprendere presso di se l'utente o a reperire idonea sistemazione in altra struttura entro il termine massimo di giorni quindici (15) dal ricevimento della comunicazione stessa;

e) **in caso di assenza temporanea dell'utente per ricovero ospedaliero o per visita in famiglia, l'entità della retta da corrispondere è determinata nel Regolamento della Residenza Protetta;**

f) in caso di dimissione o decesso, gli effetti personali dell'ospite dovranno essere consegnati al dichiarante ed il pagamento della retta avverrà sulla base delle presenze rilevate nell'ultimo mese.

Letto, confermato e sottoscritto dal dichiarante.

FIRMA

INFORMATIVA PRIVACY- Regolamento (UE) 2016/679

Il sottoscritto acconsente al trattamento dei dati personali forniti in base al regolamento UE (679/2016) e secondo le modalità descritte nella Informativa privacy della **Azienda pubblica di servizi alla persona - Residenza Protetta per Anziani- "Letizia Veralli, Giulio ed Angelo Cortesi"**, disponibile sul sito web <http://www.verallicortesi.it>

Todi, _____ Firma del richiedente _____

Firma del soggetto garante

Cognome e Nome

nato/a a..... il.....

residente in.....

via.....

C.F.

Tel. cell

Mail o Pec:

in qualità di **garante** anche non rientrante nelle fattispecie di cui all'art. 433 c.c.;

Todi, _____ Firma del garante _____

Firma del soggetto che dovrà essere ricoverato (se incapace dal tutore) se la domanda è presentata da altro (garante, tenuto per legge agli alimenti, ecc...).

Todi, _____ Firma del richiedente _____

Allegato documento di identità in corso di validità del secondo sottoscrittore

ATTENZIONE

La presente dichiarazione deve essere compilata, datata e firmata per esteso, ANCHE SUL MARGINE DESTRO DI TUTTI I FOGLI da tutti i sottoscrittori, pena l'impossibilità di essere accettata.