



AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA
“LETIZIA VERALLI, GIULIO ED ANGELO CORTESI”

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ 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 a _____ (____) in Via _____

_____ n. _____

Codice Fiscale _____ tel. _____

email _____ pec _____

in qualità di _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ DI:

☐ **Acconsentire al PROPRIO inserimento presso la Residenza Protetta Veralli Cortesi;**

☐ **Acconsentire all’inserimento di _____**

nato/a a _____ il _____

residente a _____ (____)

Via _____ n. _____

Codice Fiscale _____ cell _____

presso la Residenza Protetta dell’A.P.S.P. “Letizia Veralli, Giulio ed Angelo 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) La retta di degenza giornaliera quale mera applicazione della DGR n. 465/2024 è pari ad € 120,00 die (centoventi/00) oltre ad IVA se ed in quanto dovuta;
- 2) A seguito della Convenzione sottoscritta fra la Residenza protetta Veralli Cortesi e l’Azienda USL Umbria n. 1, è previsto un **contributo sanitario giornaliero pari ad € 60,00 (sessanta/00)** pro capite/die, oltre ad IVA se ed in quanto dovuta;

- 3) La **quota parte di retta a carico dell'ospite** 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 **€ 60,00 (sessanta/00)** pro capite/die, oltre ad IVA se ed in quanto dovuta;
- 4) La tariffa come sopra indicata potrebbe subire 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. Resta 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;
- 5) Ai fini dell'eventuale riconoscimento dell'integrazione comunale della retta, l'interessato o chi per suo conto dovrà rivolgersi al Comune di residenza/domicilio di soccorso.
- 6) La retta giornaliera di degenza comprende i seguenti servizi:
 - a) assistenza socio-sanitaria nel rispetto della normativa vigente;
 - b) assistenza riabilitativa e di animazione nel rispetto della normativa vigente;
 - c) servizio ristorazione e pulizie;
 - d) biancheria piana e ausili quali: sollevatori, letti attrezzati, ausili per la deambulazione;
 - e) lavaggio degli indumenti personali dell'ospite;
 - f) parrucchiera/barbiere;
 - g) podologo;
 - h) fornitura farmaci di fascia C e ticket sanitari (escluse le medicazioni avanzate);
 - i) trasporti sanitari non convenzionati con l'Azienda USL Umbria 1.

Le restanti spese dovranno considerarsi extra, pertanto, graveranno sull'ospite e/o sui familiari del medesimo;

- 7) Il pagamento della retta deve essere effettuato tramite: bonifico periodico mensile dell'importo indicato dall'A.P.S.P., da disporre presso la Tesoreria dell'Azienda (attualmente Monte dei Paschi di Siena filiale di Todi Ponte Rio, Viale Tiberina, IBAN n. IT 50 E 01030 38701 000000295037 intestato a "Apsp Veralli Cortesi");
- 8) Il pagamento della retta a carico dell'utente dovrà essere effettuato entro e non oltre il quinto giorno del mese cui si riferisce. Nel caso di primo inserimento, la retta del primo mese di ricovero va saldata con bonifico ordinario entro cinque giorni lavorativi dal ricevimento dell'avviso di pagamento da parte dell'Azienda;
- 9) 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 caso di esperimento del sollecito con esito negativo, si procederà all'avvio dell'iter di riscossione coattiva anche facendo riferimento a quanto previsto dal R.D. 14 aprile 1910 n. 639;
- 10) qualora l'ospitalità dell'utente dovesse divenire incompatibile con la natura della struttura secondo quanto previsto dall'art. 11 del Regolamento, i parenti o in loro vece il dichiarante, si impegnano a riprendere presso di sé l'utente o a reperire idonea sistemazione in altra struttura entro i termini indicati dall'Azienda;
- 11) in caso di degenza ospedaliera gli ospiti hanno diritto ad una riduzione della retta giornaliera secondo il Regolamento vigente;
- 12) in caso di dimissione o decesso, gli eredi sono obbligati al pagamento della retta mensile per i giorni di effettiva presenza e gli oggetti personali dovranno essere ritirati entro sessanta giorni.

DICHIARA ALTRESI' DI:

- a) aver preso visione del Regolamento e della Carta dei Servizi della residenza e 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 giorni che precedono l'ingresso dell'ospite in struttura;
- c) che gli avvisi di pagamento dovranno essere **intestati a:**

.....
nato/a a.....il.....
C.F.

e recapitati a mezzo:

☐ **mail**

al/alla Sig./Sig.ra..... mail

☐ **posta ordinaria, in caso di inutilizzo della posta elettronica**

al/alla Sig./Sig.ra.....
Residente a (.....) CAP.....
Vian.....

Letto, confermato e sottoscritto dal dichiarante.

Firma

Firma del soggetto 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

INFORMATIVA PRIVACY- Regolamento (UE) 2016/679

Il sottoscritto acconsente al trattamento dei dati personali forniti in base al regolamento UE (2016/679) 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

Si allegano i documenti di identità in corso di validità dei sottoscrittori

La presente dichiarazione va firmata anche sul margine di tutti i fogli