

Impegno pagamento rette ricovero presso A.P.S.P. "San Giovanni" di Mezzolombardo

Il presente documento deve essere compilato in caso di modifica della persona di riferimento o di nomina dell'Amministratore di Sostegno successive all'accoglienza dell'ospite in struttura.

Il sottoscritto _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____

Recapito telefonico e e-mail _____

in qualità di _____

del/la signor/signora _____

Nato/a a _____

Data di nascita _____

Accolto in APSP in data _____

A seguito del cambio della persona di riferimento e/o della nomina ad Amministratore di Sostegno di data _____

Presenza d'atto costi rette e impegno al pagamento delle stesse

Prende atto che per i servizi offerti dall'A.P.S.P. "San Giovanni" deve essere corrisposta la retta giornaliera stabilita annualmente dal Consiglio di Amministrazione dell'Ente, e la accetta incondizionatamente.

Prende atto altresì che alla data odierna la retta giornaliera di degenza a carico dell'Ospite ammonta ad € _____ al giorno e **accetta** fin d'ora ogni eventuale variazione della stessa.

In caso di assenza prolungata dell'Ospite (incluso il ricovero ospedaliero) si impegna a corrispondere all'Ente la "**retta di mantenimento del posto letto**" dal 31esimo giorno di assenza consecutiva secondo i seguenti importi:

- €_83,13 per posto letto base e di sollievo;
- €_98,62 per posto letto Nucleo per demenze gravi;
- €_104,68 per posto letto Nucleo sanitario;
- €_110,61 per posto letto Nucleo Namir;

incremento di € 4,59 al giorno per la stanza singola;

e **accetta** fin d'ora ogni eventuale variazione che la stessa potrà subire.

Nel caso di accoglienza su posto di sollievo **si impegna** a corrispondere l'importo della retta giornaliera anche per eventuali periodi aggiuntivi stabiliti e concordati dall'ospite e/o familiari con la Segreteria UVM successivamente alla firma del presente documento.

Costo farmaci non forniti da APSS ed eventuali altri rimborsi spese

Si impegna a rimborsare all'Ente la spesa per acquistare i medicinali/farmaci il cui costo non è coperto dall'APSS nell'ambito delle Direttive Provinciali (cd prontuario farmaceutico per le RSA), o dal S.S.N./S.S.P. o da altra Azienda Sanitaria extra-provinciale, nonché la spesa per acquistare i medicinali/farmaci espressamente chiesti dai familiari a loro scelta (diversi rispetto all'alternativa fornita in una delle modalità precedenti). Tali rimborsi spese verranno riportati nella fattura di ricovero, normalmente il mese successivo a quello di effettuazione della spesa, oppure rimborsati tramite fondo cassa in contanti.

Gli scontrini fiscali dei medicinali/farmaci suddetti verranno consegnati alla persona di riferimento (unitamente alla retta del mese di acquisto o in ritiro unico all'inizio dell'anno successivo).

Si impegna a rimborsare all'Ente anche eventuali altri rimborsi spese per attività richieste ed usufruite, come ad esempio: utilizzo cassaforte, utilizzo telefono in camera, partecipazione a pranzi dei familiari, rimborso di spese postali, ecc.

Fatture rette di ricovero e loro pagamento

Visto quanto sopra, **si impegna**, eventualmente anche in solido con altri parenti obbligati, a pagare mensilmente l'intero importo indicato sulle fatture di addebito, per tutto il periodo di permanenza dell'Ospite nella struttura. La retta di ricovero va corrisposta anche in caso di assenze temporanee, secondo le modalità stabilite dal Consiglio di Amministrazione.

La retta giornaliera di degenza, inclusi eventuali rimborsi spese, **sarà fatturata mensilmente a nome dell'ospite.**

Si impegna a pagare la fattura a mezzo:

- bonifico bancario **da effettuare entro 30 giorni dalla data della fattura;**
- a mezzo R.I.D.-Sepa **dando mandato alla A.P.S.P. "San Giovanni" di Mezzolombardo** all'addebito in c/c n. _____ presso la Banca

_____ intestato a _____

IBAN: _____

Si impegna a corrispondere all'Ente anche eventuali interessi per ritardato pagamento della fattura.

Invio delle comunicazioni da parte della A.P.S.P. "San Giovanni"

La documentazione fiscale (fattura) e tutte le comunicazioni amministrative e informazioni di servizio saranno inviate:

- a mezzo posta ordinaria al seguente indirizzo:

- a mezzo posta elettronica al seguente indirizzo e mail:

(la presente vale come autorizzazione ai sensi del D.Lgs. n. 52 del 20.02.2004)

Prende atto che il documento fiscale, per avere valore legale, deve essere stampato su carta.

Invio della posta indirizzata all'ospite da enti esterni

Al fine di semplificare la gestione documentale per l'Ospite e con finalità collaborative tra l'A.P.S.P. e il sottoscritto, **delega** il personale della Azienda Pubblica di Servizi alla Persona "San Giovanni" al ritiro della eventuale posta dell'Ospite consegnata presso l'Ente, comprese le lettere raccomandate, **impegnandosi** a ritirare le stesse, su chiamata del personale dell'A.P.S.P., in tempo utile e comunque non oltre 10 gg lavorativi presso gli uffici amministrativi della struttura in orario di ufficio. Oltre questo termine gli uffici amministrativi provvederanno ad inviare al sottoscritto, tramite raccomandata AR, la posta ritirata, salvo urgenze (quindi con invio anticipato) o accordi diversi.

Il sottoscritto **si impegna** a rimborsare alla A.P.S.P. eventuali costi sostenuti dalla stessa al momento del ritiro o per l'eventuale reinvio della posta tramite i servizi postali.

Il sottoscritto prende atto che **l'A.P.S.P. può decidere**, a suo insindacabile giudizio, **di non ritirare la posta dell'Ospite in presenza di situazioni particolari**, come ad esempio (non esaustivo) nel caso in cui il ritiro della posta assuma un aspetto legale (es: ritiro di atti giudiziari o di riscossione tributi).

Oggetti personali

Si prende atto che l'Amministrazione dell'Ente declina ogni responsabilità derivante dal possesso da parte dell'Ospite di denaro, gioielli, oggetti personali ed altra documentazione dal momento dell'entrata e per tutto il periodo di permanenza in struttura.

Altre informazioni

Dichiara di aver ricevuto la Carta dei Servizi dell'Ente.

Comunica di seguito ulteriori persone di contatto per l'Ospite [*indicare nome, cognome, rapporto con l'ospite, numero di telefono ed eventuale indicazione se sono persone di riferimento per aspetti sanitari*]

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Allega copia del documento di identità del sottoscrittore.

La firma del sottoscrittore vale per accettazione di tutti i punti del presente modulo

Le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà da produrre agli organi della amministrazione pubblica o ai gestori o esercenti di pubblici servizi sono sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore. La copia fotostatica del documento è inserita nel fascicolo. Le istanze e la copia fotostatica del documento di identità possono essere inviate per via telematica.

Informativa art. 13 D.Lgs 196/03 - codice privacy: I dati personali forniti nel presente modulo verranno trattati in modalità elettronica e cartacea da parte di personale incaricato per il perseguimento dei fini sopra indicati. I dati saranno conservati per un periodo non superiore agli scopi per i quali sono stati raccolti. Il conferimento è facoltativo ma, in mancanza, il titolare potrà trovarsi nell'impossibilità di dare riscontro in tutto o in parte alla richiesta dell'interessato. I dati raccolti, salvo obbligo di legge, non saranno comunicati a terzi o diffusi ma potranno essere conosciuti da soggetti che forniscono servizi strumentali per il perseguimento dei predetti fini (p.es. manutenzione del sistema informatico) di norma designati quali responsabili del trattamento. Il titolare del trattamento è la APSP San Giovanni con sede in Mezzolombardo. Il responsabile

del trattamento è il Direttore. In ogni momento l'interessato potrà ottenere ogni ulteriore informazione nel merito del trattamento svolto nonché esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art.7 del d.lgs.196/2003, inviando una mail all'indirizzo upipa.mezzolombardo@mail.infotn.it o rivolgendosi al designato responsabile presso gli uffici dell'Ente. E' garantita la possibilità di revocare in ogni momento l'autorizzazione (del tutto facoltativa) all'invio delle informazioni di servizio sull'indirizzo di posta elettronica sopra indicato.

Data _____

Firma _____