



**Spett.le  
R.A.  
Cooperativa Sociale Fraternitas  
Via Paludi, 4  
66032 Castel Frentano (CH)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_,  
residente in \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_ in qualità di firmatario  
responsabile, chiede per il Sig. \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
Cod.Fisc. \_\_\_\_\_

Il ricovero presso la **Struttura Protetta** Fraternitas in regime:

- socio – assistenziale;**  
 **socio – assistenziale sanitario convenzionato col S.S.N.;**

Si allegano i seguenti documenti della persona da ricoverare:

- Impegnativa del medico curante e certificato medico attestante lo stato di salute della persona da ricoverare
- Autorizzazione dell'UVM di \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
- Certificato cumulativo (nascita, cittadinanza, residenza, stato di famiglia)
- Carta d'identità n° \_\_\_\_\_ rilasciata da \_\_\_\_\_
- Tesserino sanitario n° \_\_\_\_\_ Tesserino Esenzione n° \_\_\_\_\_
- Tesserino sanitario europeo
- Originale opp. Copia autenticata del Verbale di invalidità
- Esiti esami pre-ingresso: HIV-HCV-HBV-ESAMI DI ROUTINE
- Altro \_\_\_\_\_

.....  
**Il firmatario della presente si impegna a pagare la retta posta a suo carico pari ad €.....giornalieri/mensili, maggiorata delle spese extra mensili documentate, alle condizioni richiamate nella allegata dichiarazione.**

**Inoltre prende atto che la presente domanda (ivi comprese le dichiarazioni allegate), costituisce a tutti gli effetti contratto tra le parti e ne riceve copia all'atto della sottoscrizione.**

Castel Frentano, lì \_\_\_\_\_

**FIRMA**

**PER ACCETTAZIONE**

\_\_\_\_\_  
(Firmatario responsabile)

( grado di parentela \_\_\_\_\_ )

\_\_\_\_\_  
(La Residenza)

(allegare fotocopia carta d'identità dell'ospite e del firmatario)

**DICHIARAZIONE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_, telefono n° \_\_\_\_\_, nel prosieguo denominato firmatario, dichiara di qualificarsi persona direttamente responsabile del/la Sig./ra \_\_\_\_\_, nel prosieguo denominato "ospite", di cui richiede il ricovero in data odierna presso la R.A. Fraternitas e inoltre dichiara di essere stato informato sulle prestazioni di cui potrà usufruire, sui requisiti per l'accesso e sulle modalità di erogazione, e di aver preso visione della Carta dei Servizi della struttura predetta della quale ne è stata data ampia illustrazione. All'atto della firma della presente dichiarazione **-avente valore di contratto** - il firmatario si obbliga nei confronti della Struttura gerente, in prosieguo detta "Residenza", nei seguenti termini:

1. L'ospite trovasi nelle condizioni di salute descritte nelle certificazioni e nella documentazione clinica e medica consegnate alla Residenza la quale si impegna ad erogare al medesimo prestazioni di assistenza sociale di tipo alberghiero (vitto, alloggio, pulizia e cura della persona, attività di intrattenimento e ricreative, etc.) oltre ad una **generica - convenzionata** assistenza sanitaria da parte del personale medico e paramedico della struttura, fermo restando che particolari prestazioni sanitarie (mediche, paramediche, specialistiche) continueranno ad essere corrisposte dalle strutture del S.S.N. Resta bene inteso che i costi dei medicinali e quelli relativi ad esami di laboratorio, visite specialistiche, etc. non riconosciuti dal S.S.N. , l'assistenza durante i ricoveri ospedalieri, nonché le spese di trasporto necessarie o espressamente richieste dall'assistito o dal congiunto, resteranno a carico dell'ospite al quale saranno addebitati mensilmente. Sono a carico del firmatario le spese funerarie dovute per eventuale decesso dell'ospite;
2. All'ospite viene raccomandato di non recare con sé alcun oggetto di valore né danaro. In caso contrario la Residenza assicura un sistema di custodia dei predetti valori.
3. I rapporti concernenti l'ospite verranno tenuti esclusivamente con l'ospite medesimo nonché con il firmatario della presente;
4. La Residenza si riserva il potere di recedere dal contratto con il firmatario e con l'ospite a proprio insindacabile giudizio, per motivi addebitabili ad uno di essi, con un preavviso di trenta giorni, che in casi gravi addebitabili al contraente, può essere ridotto a quindici giorni. Nelle predette ipotesi il firmatario dovrà provvedere nei termini di cui sopra alla sistemazione dell'ospite in altra sede fatta salva la possibilità della Residenza di provvedere direttamente a riaccompagnare l'assistito presso l'indirizzo di cui alla dichiarazione allegata al presente atto;
5. E' fatto obbligo al firmatario di comunicare, almeno trenta giorni prima all'ufficio amministrativo della Residenza, la volontà di recedere dal contratto con lettera raccomandata o con dichiarazione scritta consegnata a mano al predetto ufficio;
6. Qualora a giudizio del medico curante, o del medico della struttura, l'ospite dovesse necessitare di cure che non possono essere eseguite all'interno della Residenza, a cura e spese del firmatario, dovrà essere effettuato il ricovero dell'ospite presso adeguata struttura sanitaria ed il firmatario dovrà continuare a pagare la retta mensile pattuita salvo disdetta ad opera sua o della Residenza da inviare con raccomandata A.R. avente effetto dieci giorni dopo la sua ricezione;
7. E' diritto della Residenza pretendere a sua discrezione ed in qualsiasi momento un deposito cauzionale a garanzia del pagamento della retta mensile dell'ospite, deposito infruttifero e non eccedente tre mensilità;
8. Il firmatario assume l'obbligo di corrispondere mensilmente la retta pattuita per l'assistenza all'ospite - mediante pagamento a mezzo bonifico bancario o postale - da effettuarsi anticipatamente entro e non oltre il giorno 5 di ogni mese; in caso di recesso la Residenza potrà avvalersi del potere di recesso di cui al punto 4 e richiedere anche gli eventuali interessi di mora. Il firmatario si impegna ad accettare l'aumento della retta, per i ricoveri convenzionati, nella misura che verrà stabilita dalla Regione Abruzzo. Per i ricoveri non convenzionati è diritto della Residenza adeguare la misura della retta all'aumento dei costi di gestione, fermo restando quanto stabilito al punto 5; in caso di assunzione della retta, in tutto o in parte, a carico di Enti Pubblici (Comune, etc.) l'ospite ed il firmatario si impegnano a provvedere, entro la scadenza stabilita, al



pagamento integrale dell'intera retta dovuta, salvo il rimborso delle somme riscosse dalla Residenza dagli Enti stessi, entro il termine di 30 giorni dalla riscossione;

- 9. In caso di decesso dell'ospite la retta mensile verrà corrisposta nella misura di un terzo qualora il decesso avvenga entro i primi 10 gg del mese; nella misura di due terzi dall'undicesimo al ventesimo giorno e per intero dal 21 giorno.
- 10. Nel caso in cui l'ospite/referente decida di rescindere il contratto durante il mese la retta mensile già pagata non verrà restituita. Il referente dell'ospite deceduto/dimesso è tenuto entro un termine congruo a regolarizzare la posizione amm.vo-contabile dello stesso, in mancanza, trascorsi mesi 6 dal decesso/dimissioni le rispettive posizioni si riterranno compensate.
- 11. Il firmatario autorizza fin d'ora la Residenza ad accompagnare l'ospite presso l'indirizzo di cui all'allegato e cioè in via.....di.....in tutti i casi di recesso o comunque di cessazione del rapporto con addebito al firmatario delle relative spese di viaggio e degli oneri accessori;
- 12. Tanto l'ospite quanto il firmatario, con la firma del presente atto, dichiarano di aver preso visione della carta dei servizi, di essere a conoscenza e di accettare il regolamento della Residenza;
- 13. Con la sottoscrizione del presente contratto il firmatario responsabile dichiara di essere stato informato circa le attività assistenziali e sanitarie a cui sarà sottoposto l'ospite durante la sua permanenza nella Residenza, nonché degli eventuali rischi e complicanze da queste derivanti;
- 14. La presente viene sottoscritta anche dall'ospite, per accettazione se in facoltà, il quale assume le medesime obbligazioni del firmatario con vincolo solidale e per ogni effetto di legge;
- 15. Il contenuto della presente dichiarazione ha carattere prevalente nella regolamentazione del rapporto fra le parti, quindi anche in deroga ad altre scritture aventi diverso contenuto.

Castel Frentano, li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Residenza)

\_\_\_\_\_  
(L'Ospite) – (Il firmatario responsabile)  
(Grado di parentela \_\_\_\_\_)

Le parti specificatamente approvano i patti di cui ai punti 2, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14.

\_\_\_\_\_  
(Residenza)

\_\_\_\_\_  
(L'Ospite) – (Il firmatario responsabile)  
(Grado di parentela \_\_\_\_\_)

Autorizzazione ai sensi del D. L. vo 196/03

Con la presente manifesto il consenso alla R.A. .... per la raccolta, trattamento e trasmissione dei miei dati personali ai sensi del codice sulla Privacy. Nella fattispecie la R.A. .... si impegna a:

Trattare in modo lecito e secondo correttezza i dati personali;

- 1. Raccogliarli e registrarli per scopi espliciti e legittimi;
- 2. Aggiornarli e custodirli integralmente e con esattezza;
- 3. Raccogliere soltanto gli elementi pertinenti al servizio;
- 4. Conservarli in forma che consenta l'identificazione dell'interessato per un periodo di tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali esse sono stati raccolti o trattati

\_\_\_\_\_  
(La Residenza)

\_\_\_\_\_  
(L'Ospite) – (Il firmatario responsabile)  
(grado di parentela \_\_\_\_\_)



## **REGOLAMENTO**

(approvato con delibera del CDA n° 81 del 26.10.2005, integrato con delibera del C.d.A. n° 121 del 14/04/2011)

### **Art. 1 – Natura del Centro**

Il Centro Residenziale per Anziani e Disabili “FRATERNITAS” di Castel Frentano, sorto nell’anno 1999 con destinazione socio-assistenziale prevalentemente in favore di anziani, è stato riconosciuto dalla Regione Abruzzo, con atto n° DG4/027 del 5.12.2002 **struttura idonea alla erogazione delle prestazioni sanitarie connesse a quelle socio-assistenziali in favore di anziani non autosufficienti non curabili a domicilio e di disabili psichici, fisici, sensoriali.** . Il Centro è stato accreditato dalla Regione Abruzzo con deliberazione di Giunta Regionale n. 202 del 28/02/2005 ed autorizzato in via definitiva, ai sensi dell’art. 4, comma 1, della L.R. n° 32/07, in data 12 dicembre 2012, alla erogazione di “prestazioni socio-sanitarie in regime residenziale in favore di anziani non autosufficienti non curabili a domicilio per complessivi 30 posti letto.

Possono essere ricoverati nel Centro cittadini di ambo i sessi e di ogni condizione sociale, preminentemente anziani o persone abbisognevole di un sostegno assistenziale globale rispetto a condizioni precarie di salute di ordine fisico, psichico, sociale.

### **Art. 2 – Organizzazione funzionale**

La struttura è organizzata secondo gli standard richiamati nella deliberazione di G.R. n° 361 del 16/05/2003.

Il Centro è suddiviso da n° 2 moduli da 30 posti letto con sistemazione standard degli ospiti in stanze da due posti letto, tutte con bagno interno. L’eventuale richiesta da parte dell’utente di una stanza singola, se disponibile, dovrà essere concordata con la Direzione del Centro in modo da definire la maggiorazione della retta di degenza.

### **Art. 3 – Condizioni di ammissione**

L’ammissione nel Centro avviene attraverso la sottoscrizione da parte dell’ospite ed eventualmente da parte del congiunto richiedente, di un contratto al quale dovranno essere allegati i documenti ivi descritti.

E’ facoltà della Direzione del Centro far accertare dai propri medici lo stato di salute dell’utente al momento del ricovero, eventualmente alla presenza del proprio medico curante.

All’atto dell’ammissione gli indumenti e tutti gli effetti personali dell’ospite vengono codificati. In deroga a quanto stabilito nell’art. 2 del contratto può essere aperto presso gli uffici della direzione un apposito fondo in denaro dal quale l’ospite, se in facoltà, può accedervi per le minute spese.

### **Art. 4 – Retta di degenza**

Gli ospiti, o i firmatari responsabili, sono tenuti al pagamento mensile di una retta di degenza la cui misura è fissata con propria deliberazione dalla G.R.. Tale retta, per l’assistenza resa agli anziani non autosufficienti non curabili a domicilio, è composta di una quota a carico del



S.S.N. ed una quota a carico dell'utente. Per i disabili fisici, psichici, sensoriali la retta è a totale carico del S.S.N.

Per gli ospiti che non dovessero beneficiare di retta a parziale o totale carico del S.S.N. l'importo della retta di ricovero sarà quella stabilita dalla ditta.

Sono da considerarsi aggiuntivi, quindi a carico dell'ospite, i costi di vestiario, sigarette, bevande ammesse, farmaci non dispensati dal S.S.N., visite specialistiche ed accertamenti diagnostici non dispensati dal S.S.N. ma eseguiti su richiesta dell'ospite o di un familiare, assistenza durante eventuali ricoveri ospedalieri, spese telefoniche, spese di trasporto e di assistenza relativa, fisioterapia e massoterapia strumentale, eventuali spese funerarie, assistenza particolare etc., comunque non previste in contratto.

#### **Art. 5 – Condizioni di soggiorno**

Gli ospiti autosufficienti hanno facoltà di assentarsi dal Centro previo avviso alla Direzione del Centro. Le assenze, comunque, non possono essere in contrasto con le attività sanitarie ed assistenziali svolte dalla struttura e delle quali gli ospiti stessi beneficiano.

Per gli ospiti non autosufficienti e per i disabili i permessi in parola dovranno essere richiesti al medico della struttura da un congiunto che ha sottoscritto il contratto ed autorizzati dal medico.

Il richiedente rimane direttamente responsabile di ogni evento legato al permesso accordato.

Data la particolare attività sanitaria svolta in favore dell'utenza gli orari di visita dovranno essere rigidamente rispettati allo scopo di non intralciare il regolare svolgimento della stessa.

Pertanto, l'orario delle visite è il seguente:

dalle ore **10.00 alle ore 12.00 e dalle ore 16.00 alle ore 19.00** di tutti i giorni.

Eventuali deroghe, per situazioni del tutto eccezionali dovranno essere autorizzate dietro preventiva richiesta motivata, dalla Direzione del Centro.

I residenti possono ricevere telefonate, se in condizioni di buona salute, dalle ore 9.30 alle ore 11.00 e dalle ore 15.30 alle ore 18.00 di tutti i giorni al seguente numero telefonico 0872/56805. Sono ammesse telefonate al di fuori degli orari stabiliti, solo nei casi di estrema urgenza.

**Le informazioni di carattere sanitario possono essere richieste solo ed esclusivamente al personale sanitario e vengono rilasciate al firmatario responsabile indicato nella domanda di ricovero.**

Qualsiasi oggetto di arredamento, ivi compresi gli apparecchi radio-TV, mobili, etc., sono ammessi solo se autorizzati dalla Direzione.

L'intrattenimento con i familiari deve avvenire negli appositi locali messi a disposizione della struttura; solo in casi eccezionali si può effettuare visita all'ospite nella propria stanza.

E' fatto assolutamente divieto ai visitatori di recare alimenti di qualsiasi genere senza la preventiva autorizzazione del medico del Centro. A tale scopo si precisa che qualsiasi pacco recapitato ad un ospite dovrà essere aperto dallo stesso in presenza di addetti della struttura in modo da poter verificare se al suo interno vi sono cibi, bevande od altro che potrebbero risultare nocivi alla salute dell'ospite stesso.

Si precisa, inoltre, che gli assistiti possono ricevere visite da persone appartenenti ad associazioni di volontariato regolarmente riconosciute nei modi e nei termini stabiliti dalla legge.

Per i visitatori casuali la Direzione si riserva di valutare l'opportunità delle visite, volta per volta, secondo le regole e secondo quanto concordato con i familiari dell'assistito.

La Direzione, pur senza imposizione alcuna, si impegna ad assicurare ai degenti le pratiche religiose garantendo la celebrazione settimanale della Santa Messa.

Il contraente autorizza il Centro ad effettuare eventuali spostamenti di nucleo o di stanza dell'ospite per motivi organizzativi o sanitari.



In caso di decesso di un ospite il Centro si impegna a mettere a disposizione del firmatario del contratto, salvo disposizione scritta del deceduto, gli oggetti di qualsiasi natura e valore a quest'ultimo appartenuto. Trascorsi trenta giorni dalla morte senza che i beni siano stati legittimamente ritirati, gli stessi -se di modico valore- potranno essere conferiti dal Centro in beneficenza. Riguardo agli oggetti ingombranti qualora gli stessi non venissero ritirati entro il termine di due mesi dal decesso dell'ospite, il Centro sarà libero di disporne.

Il Centro garantisce solo per gli oggetti di valore e/o somme di denaro possedute dall'ospite e affidate alla Direzione al momento del ricovero. Di detto deposito viene rilasciata regolare ricevuta all'utente o al firmatario del ricovero medesimo.

### **Art. 6 – Doveri dell'ospite**

Ogni utente è tenuto al rispetto di quanto segue:

1. pagamento della retta e di quanto altro dovuto alla data stabilita in contratto;
  2. tenere un comportamento dignitoso e corretto verso se stesso e verso gli altri;
  3. osservare, per quanto è possibile l'igiene e la cura della propria persona;
  4. fare buon uso di tutto ciò che la struttura gli mette a disposizione;
  5. osservare gli orari predisposti dal Centro per le cure e per tutte le altre attività assistenziali e ricreative;
  6. per le assenze o per le uscite temporanee avvisare in ogni caso la Direzione.
- L'utente che commette gravi mancanze o si dimostri indisciplinato può essere allontanato dalla Direzione del Centro in base a quanto stabilito dall' art. 4 del contratto sottoscritto.

### **Art. 7 – Dimissione dell'ospite**

Il Centro si impegna a dimettere i ricoverati nei seguenti casi:

- su richiesta del ricoverato o del congiunto firmatario del contratto previo consenso dello stesso i quali sono tenuti entrambi alla sottoscrizione della richiesta medesima;
- quando non ricorrono più le condizioni che ne hanno determinato l'ammissione;
- quando la dimissione è richiesta dall'Ente o da chi ne richiese l'ammissione.

### **Art. 8 – Obbligo di osservanza**

L'Ammissione nel Centro presuppone l'accettazione da parte degli ospiti di tutte le predette norme regolamentari.

L'inosservanza delle predette può dar luogo alla revoca dell'ammissione stessa.

**I punti richiamati nella lett. c) del p.to 5) delle premesse al contratto di negoziazione sottoscritto coll' U.U.A. – Direzione Sanità Regione Abruzzo – sono stati tutti esplicitati nella Carta dei Servizi del Centro di cui ne è stata rimessa copia al momento della sottoscrizione del contratto.**

Per presa visione: \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE ALLEGATA AL CONTRATTO**

L' ospite....., nonché il congiunto firmatario del contratto di ricovero, dichiarano che il/la sig./ra .....è titolare di un diritto di pensione per l' importo mensile di €..... a carico del.....riscuotibile presso l' Ufficio Postale di .....

Delegato alla riscossione è il sig.....;

Questi, salvo successiva e concordata sostituzione, è personalmente obbligato ad impiegare la corrispondente quantità di danaro riscossa, nonché l' eventuale ulteriore somma necessaria a raggiungere l' intero importo della retta mensile, per l' adempimento delle rispettive obbligazioni nei confronti del Centro Residenziale Fraternitas.

Il Centro Residenziale Fraternitas, in caso di inadempimento potrà provvedere all' immediata risoluzione del rapporto e a riconsegnare l' assistito .....presso la residenza della persona obbligata al pagamento.

Questa, in caso di rifiuto, sarà civilmente responsabile, salve le ulteriori responsabilità penali, per appropriazione indebita delle somme riscosse e non versate, per violazione degli obblighi di assistenza familiare e per abbandono di persona incapace.

In fede.

.....  
(data)

.....  
(firma)



## “AUTORIZZAZIONE”

Il sottoscritto .....in qualità di familiare referente dell'ospite ..... dichiara con la presente di autorizzare la figura dell'animatore a coordinare la partecipazione dell'ospite durante il periodo di permanenza dello stesso c/o il suddetto Centro ai progetti di animazione che prevedono una relazione con la rete territoriale (escursioni, visite guidate , etc...), previa valutazione e consultazione con il personale medico-sanitario.

Castelfrentano, .....

Il Familiare :

.....

Contestualmente rilascio liberatoria per la disposizione e l'utilizzo di materiale video e/o fotografico a fini istituzionali.

Castelfrentano, .....

Il Familiare :

.....