



## REGOLAMENTO GENERALE AMMISSIONE OSPITI

### 01

#### Retta giornaliera

Le rette per l'anno corrente sono elencate nella tabella sotto riportata. La retta per l'anno successivo viene rideterminata entro il 15 dicembre dell'anno in corso.

Categorie Posti Letto	Tariffa	Supplemento Nucleo Protetto/Alzheimer	Supplemento Camera Singola
ACCREDITATI camera 2/4 letti	€ 70,00	€ 2,00	€ 10,00
SOLVENTI camera 2/4 letti (periodo 01.10 - 31.05)	€ 90,00	-	€ 10,00
SOLVENTI camera 2/4 letti (periodo 01.06 - 30.09)	€ 95,00	-	€ 10,00

### 02

Una tantum da corrispondere al momento della sottoscrizione del regolamento e del contratto di ammissione  
(ad esclusione di Enti e Comuni impegnati o paganti per ospiti)

**€ 850,00**

(solo per ospiti su posto letto accreditato) come specificato da contratto punto n° 3. Gli ospiti accolti nel reparto SOLVENTI verseranno l'importo sopra indicato al momento del passaggio su posto accreditato.

### 03

Norme per il conteggio delle giornate di presenza al momento dell'assegnazione del posto letto





**Il pagamento della retta avviene a partire dal giorno dell'assegnazione/prenotazione del posto letto.** È facoltà dell'Amministrazione apportare variazioni alla data stabilita per l'ingresso dell'ospite in ragione di esigenze sanitarie e/o organizzative. In tal caso i relativi giorni NON saranno conteggiati a carico. In caso di rinuncia volontaria al posto letto, eventuali giorni di prenotazione verranno addebitati in fattura per l'intero importo giornaliero, conteggiando gli stessi dal giorno di firma del contratto fino a quello di comunicazione della rinuncia.

## 04

### Norme inerenti l'ingresso dell'ospite

L'ingresso dell'ospite deve avvenire dal lunedì al venerdì entro le ore 11 del mattino, salvo eccezioni concordate con il personale sanitario/assistenziale. Al momento dell'ingresso il trasporto dell'ospite presso la Fondazione avviene sempre ad esclusiva cura e carico dei familiari dell'ospite, sia che provenga direttamente dal domicilio, da una struttura ospedaliera, riabilitativa o da altra casa di riposo.

## 05

### Pagamento delle mensilità

Il pagamento delle mensilità di degenza dell'ospite avviene anticipatamente. La fattura sarà inviata dagli Uffici Amministrativi dell'Ente agli interessati entro il giorno 10 di ogni mese. Il pagamento dovrà essere effettuato entro il giorno 25 del mese precedente a quello di riferimento, esclusivamente mediante addebito RID, da attivare presso la propria banca. Per l'attivazione del RID è sufficiente comunicare a questa Fondazione il codice IBAN del conto corrente da addebitare.

In casi eccezionali, per il pagamento delle mensilità a mezzo bonifico, è possibile utilizzare indistintamente uno dei due conti correnti indicati in fattura e qui sotto riportati:

BANCO BPM - VIA ALESSANDRO VOLTA, 4 - 21100 VARESE  
IBAN IT 07 N 05034 10800 000000012771

**oppure**

BPER BANCA - VIA PIERO CHIARA, 7 - 21016 LUINO (VA)  
IBAN IT 41 B 05387 50401 000042639965





## 06

### Spostamento reparto ospiti e cambio classificazione interna/regionale

È facoltà dell'Istituto disporre, in qualsiasi momento, per ragioni sanitario/assistenziali, organizzative o di sicurezza, di eventuali spostamenti di reparto dell'ospite; tale provvedimento può comportare altresì un cambio di classificazione interna e regionale, per il quale dovrà essere corrisposto il relativo importo di retta. Sarà premura dell'Istituto comunicare tempestivamente al parente dell'ospite la necessità di procedere allo spostamento od alla riclassificazione. Non è contemplato il passaggio da reparto accreditato a reparto solventi, salvo espressa richiesta da parte del familiare dell'ospite.

## 07

### Fornitura di medicinali e presidi per ospiti

La fornitura di farmaci e presidi per gli ospiti accreditati è a carico della Fondazione, che procederà d'ufficio alla revoca del medico di base dell'ospite. Per gli ospiti solventi la fornitura di farmaci e presidi rimane invece a carico dell'ospite stesso. Il medico di base non sarà revocato durante il periodo di permanenza nella categoria solventi. Lo stesso medico dovrà quindi continuare a prescrivere farmaci, presidi od esami clinici a favore dell'ospite. Al momento della prenotazione del posto letto dovrà essere presentata all'infermiere coordinatore la terapia farmacologia dettagliata in uso da parte dell'ospite, completa di eventuali presidi sanitari che lo stesso utilizza. **Sarà quindi compito del familiare dell'ospite procurare e fornire costantemente e con regolarità alla Fondazione tutti i medicinali e/o presidi necessari** (di norma con cadenza quindicinale o mensile). Nel caso in cui quanto richiesto non venga fornito, la Fondazione si riserva la facoltà di utilizzare le proprie scorte, inserendo il relativo costo nella fattura mensile.

## 08

### Assenze ospiti

In caso di assenza dell'ospite (per ricoveri ospedalieri, rientri al domicilio, ecc.) non sono previste riduzioni della retta giornaliera. Durante tutto il periodo di assenza è garantito il mantenimento del posto letto.

## 09

### Decesso o dimissioni ospite





All'atto delle dimissioni o del decesso dell'ospite il pagamento della retta va fissato alla decade successiva per gli ospiti su posto accreditato e al medesimo giorno per gli ospiti solventi. Vedi art. 8 del contratto.

## 10 Obbligazioni

Il sottoscrittore del presente regolamento si impegna al pagamento della retta di degenza nei termini stabiliti valevole altresì ex art 1988 cod. civ. e seg. Il mancato o ritardato pagamento delle retta mensile oltre la data prevista comporta il conteggio e il pagamento degli interessi moratori. Il mancato pagamento della retta per due mensilità consecutive comporterà la risoluzione di diritto del contratto ex art. 1456 C.C e il contestuale avvio delle procedure di dimissione dell'ospite, previa informativa all'ufficio Servizi Sociali del Comune di residenza.

## 11 Residenza

Il familiare dell'ospite deve comunicare all'Istituto se intenda variare o lasciare immutata la residenza del degente. Trascorsi due anni dall'ingresso, comunque, il Comune di residenza può riservarsi la facoltà di procedervi d'ufficio.

---

### Per presa visione, approvazione ed accettazione integrale del presente regolamento

Nome e cognome \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ comune \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

grado di parentela con l'ospite \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Luino, \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_





RESIDENZA  
SANITARIA  
ASSISTENZIALE

Il sottoscritto, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 1341 c.c., approva ed accetta espressamente tutte le clausole contenute nel presente regolamento.

Luino, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

