

CONTRATTO DI ASSISTENZA DOMICILIARE – SAD

Accordo tra l'Utente/Cliente per il Servizio di Assistenza Domiciliare e Dichiarazione di Consenso Informato.
(o familiare, amministratore di sostegno, tutore, procuratore, altro, di seguito "Cliente")

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ prov. _____
il _____ C.F. _____ e residente a _____
prov. _____ via/Piazza _____ n. _____ tel. _____
In nome e per conto del/la Sig./Sig.ra _____ nella sua qualità di _____
_____ (indicare il rapporto di parentela/tutela/amministratore di sostegno/procuratore/altro)

CHIEDE

l'attivazione del Servizio di Assistenza Domiciliare – SAD per il/la Sig./Sig.ra _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____ C.F. _____ e residente
a _____ prov. _____ via/piazza _____ n. _____ tel. _____
stato civile _____ figli n. _____ composizione nucleo familiare _____
_____ motivo della richiesta _____

AFFIDA

alla Lucrezia Soc. Coop. Sociale (di seguito Società Cooperativa) l'incarico di fornire il Servizio di Assistenza Domiciliare (di seguito SAD) come espressamente concordato nei documenti "Piano di Assistenza" e "Richiesta di Attivazione SAD", i quali unitamente al documento "Termini e Condizioni del Servizio di Assistenza Domiciliare" e al presente contratto costituiscono l'accordo regolatore delle prestazioni, che consistono in:

Tipo di Servizio:

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Prestazioni igienico-sanitarie, cura e supporto della persona assistita, servizio socio-assistenziale | <input type="checkbox"/> Azioni di mobilitazione, aiuto per la corretta deambulazione, aiuto nell'uso dei presidi; |
| <input type="checkbox"/> Alimentazione e nutrizione, aiuto durante il pasto | <input type="checkbox"/> Attività inerenti il governo della casa |
| <input type="checkbox"/> Servizio di lavanderia, stireria, servizio guardaroba | <input type="checkbox"/> Autonomia sociale, attività finalizzate a favorire l'autosufficienza nelle attività quotidiane |
| <input type="checkbox"/> Attività integrative, riguardano interventi di supporto alle attività ordinarie | <input type="checkbox"/> Interventi di carattere educativo-sociale, segretariato, sorveglianza |
| <input type="checkbox"/> Prestazioni infermieristiche e sanitarie, assistenza socio sanitaria | <input type="checkbox"/> Prestazioni di tipo riabilitativo, monitoraggio progetti terapeutici riabilitativi |
| <input type="checkbox"/> Attività educativo relazionale ambientale, prestazioni socio-educative e psico-pedagogiche | <input type="checkbox"/> Servizio monitoraggio di piani di assistenza, PAI - piano di assistenza individualizzato |
| <input type="checkbox"/> Servizio monitoraggio di piani educativi, PEI - piano educativo individualizzato | <input type="checkbox"/> Attività diverse, accompagnamenti, trasferimenti, visite mediche |
| <input type="checkbox"/> Assistenza fine settimana e/o festivi | <input type="checkbox"/> Assistenza ospedaliera |
| <input type="checkbox"/> Assistenza notturna | <input type="checkbox"/> Progetto legge 162/98 |
| <input type="checkbox"/> Programma "Ritornare a casa" | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Personale e figure professionali coinvolte: | <input type="checkbox"/> Operatore Socio Sanitario | <input type="checkbox"/> Operatore Socio Assistenziale |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ausiliaria Socio Assistenziale | <input type="checkbox"/> Infermiere | <input type="checkbox"/> Psicologo |
| <input type="checkbox"/> Terapista della Riabilitazione | <input type="checkbox"/> Educatore Professionale | <input type="checkbox"/> Trasporto e accompagnamento |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

La frequenza e la durata degli interventi sono state concordate tra il sottoscritto e la Società Cooperativa e sono espressamente indicate nel Piano di Assistenza e nella richiesta di attivazione del Servizio SAD.

Nella richiesta di attivazione del Servizio SAD è precisamente indicato il costo del servizio medesimo, il quale è stato concordato con la Società Cooperativa e da me medesimo pienamente accettato.

Inizio Servizio SAD – data _____ Termine Servizio SAD – data _____

La Società Cooperativa ha concordato con il sottoscritto il Piano di Assistenza e di Attivazione del Servizio SAD, nei quali sono indicati, tra le altre cose, il calendario delle prestazioni, gli orari di arrivo e di partenza del personale, le modalità di accesso, il Servizio di Assistenza Domiciliare da fornire come mi è stato dettagliatamente illustrato e da me integralmente approvato.

Dichiaro di aver ricevuto copia del presente contratto di Servizi di Assistenza Domiciliare (SAD), del documento “Termini e Condizioni del Servizio di Assistenza Domiciliare”, della “Richiesta di attivazione del SAD” e del “Piano di Assistenza”. Nei suddetti documenti sono espressi i termini e le condizioni di svolgimento del servizio e i relativi costi che andrò a pagare, che dichiaro di aver pienamente compreso e accettato.

Dichiaro che tutte le clausole presenti nel documento “Termini e condizioni del Servizio di Assistenza Domiciliare” mi sono state spiegate e sono state da me integralmente comprese e accettate.

Più nello specifico, con riferimento al contenuto del documento “Termini e condizioni del Servizio di Assistenza Domiciliare” dichiaro di aver ben compreso e di espressamente e specificatamente accettare tutte le condizioni ivi indicate e in particolare le seguenti condizioni:

- ✓ Variazione in aumento del costo del Servizio SAD e diritto recesso dal Servizio da parte del Cliente/Utente (punto 1);
- ✓ le condizioni relative al pagamento anticipato del Servizio SAD e delle conseguenze del ritardo nel pagamento (punti 3 e 4);
- ✓ le condizioni di eventuale richiesta di modifica del Servizio SAD (punto 5);
- ✓ le condizioni di esercizio del diritto di recesso da parte della Società Cooperativa e del Cliente/Utente;
- ✓ le clausole relative all’esonero da responsabilità da parte mia nei confronti della Società Cooperativa in ordine all’eventuale rottura e/o danni ai beni di mia proprietà e in ordine alla mia obbligazione di non detenere/custodire denaro contante, titoli al portatore, preziosi di qualsiasi natura e specie nei luoghi ove verranno svolte le prestazioni SAD;
- ✓ del mio obbligo di dare tempestivo avviso alla Società Cooperativa di eventuali miei impedimenti (punto 15).
- ✓ custodire presso il mio domicilio la cartella di assistenza domiciliare, a disposizione degli operatori del servizio SAD.

Nuraminis, _____

Per specifica accettazione delle sopraindicate condizioni

ASSUNZIONE DELLA OBBLIGAZIONE DI PAGAMENTO DEL COSTO DEL SERVIZIO SAD

Il/La sottoscritto/a _____ in nome e per conto del/la Sig./Sig.ra _____

in qualità di _____ (indicare il rapporto di parentela, di convivenza etc.)

Previamente informato dalla Società Cooperativa in merito all’assenza di obbligazioni previste per legge e pienamente consapevole di ciò, con la presente sottoscrizione dichiara di volersi obbligare, come in effetti con la predetta sottoscrizione si obbliga in via solidale con l’Utente del servizio di assistenza domiciliare SAD, al pagamento delle prestazioni (giornaliere, settimanali o mensili, come più sopra concordate) e al pagamento di eventuali costi supplementari per servizi assistenziali particolari richiesti dall’Utente e allo stesso resi (ad esempio ore supplementari, servizi ospedalieri, servizi notturni, servizi erogati nei giorni festivi), il tutto come da pattuizioni contenute nella presente domanda di attivazione del Servizio SAD e nei documenti “Termini e condizioni del Servizio di Assistenza Domiciliare”, “Piano di Assistenza” e nel “Contratto di Assistenza Domiciliare – SAD”, tutti da me letti, concordati e sottoscritti.

Nuraminis, _____

Firma per espressa accettazione

LEGGE APPLICABILE E FORO COMPETENTE

Il presente Accordo tra il Cliente e la Società s'intende concluso in Italia e regolato dalla Legge italiana. Per la soluzione di ogni eventuale controversia derivanti dalla esecuzione del presente accordo la competenza territoriale è quella del Foro del consumatore.

AVVISI E COMUNICAZIONI

Qualsiasi comunicazione tra il Cliente/Utente e la Società Cooperativa dovrà avvenire per iscritto.

Il Cliente/Utente potrà far pervenire ogni sua richiesta scritta ai seguenti indirizzi:

- via raccomandata a/r all'indirizzo della sede operativa Piazza San Pietro n. 20 Nuraminis (CA);
- via E-mail ordinaria al seguente indirizzo info@casalucrezia.it;
- via pec al seguente indirizzo lucreziaonlus@pec.it;

Ogni comunicazione dalla Società Cooperativa al Cliente/Utente verrà trasmessa via raccomandata a/r all'indirizzo di residenza indicato nel contratto sottoscritto;

ACCORDO Servizio di Assistenza Domiciliare - SAD

Il presente contratto unitamente al documento "Termini e condizioni del Servizio di Assistenza Domiciliare", al "Piano di Assistenza" e alla "Richiesta di Attivazione SAD" costituiscono l'accordo intercorso tra la Lucrezia Soc. Coop e il Cliente/Utente avente ad oggetto la fruizione del Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) da fornirgli.

Ogni e qualsiasi eventuale diverso accordo sia scritto che orale deve intendersi definitivamente venuto meno in quanto sostituito dal presente accordo.

Qualsiasi modifica o variazione del presente accordo non avrà effetto se non effettuata per iscritto e sottoscritta personalmente dalle Parti.

PRIVACY

La Cooperativa si impegna a garantire, per ciascun Utente, la riservatezza delle informazioni personali e sensibili rilevate durante l'erogazione del servizio, dalla fase della presa in carico e fino alla dimissione dal servizio, attraverso il rispetto di tutti gli adempimenti previsti dalla normativa (Regolamento UE 2016/679). I dati e le informazioni personali sono gestiti per gli usi consentiti dalla legge e comunque esclusivamente al fine di poter assicurare all'Utente un servizio rispondente alle sue esigenze.

Il Cliente/Utente per accettazione e consegna di una copia

Nuraminis, _____

Firma _____

In ipotesi di Utente minore di età, ovvero di soggetto affetto da grave disabilità fisica e/o psichica

Il/La sottoscritto/a _____ In nome e per conto

del/la Sig./Sig.ra _____ nella sua qualità di _____

_____ (indicare il rapporto di parentela/tutela/amministratore di sostegno/procuratore/altro)

L'Utente, ovvero il Cliente in nome e per conto dell'Utente
per accettazione del contenuto e per consegna a mani di una copia del presente contratto

Firma _____

Per la Lucrezia Soc. Coop. Soc.le Onlus

Il legale Rappresentante _____