

## INFORMATIVA RETTE ANNO 2025 E RICHIESTA COLLOCAZIONE IN STRUTTURA

Il sottoscritto

(barrare la casella dell'ipotesi che interessa):

**1. (IL BENEFICIARIO È ANCHE CONTRAENTE):**

Sig/a. \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ beneficiario delle prestazioni dedotte nella presente scrittura;

-----  
*OPPURE*

**2. (IL CONTRAENTE È SOGGETTO DIVERSO DAL BENEFICIARIO)**

Sig/a. \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_,

- parente ( \_\_\_\_\_ )<sup>1</sup> dell'ospite, ovvero
- terzo che stipula il presente contratto in nome proprio e nell'interesse del beneficiario :  
Sig/a. \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_;

-----  
*OPPURE*

**3. (È STATO NOMINATO IN FAVORE DEL BENEFICIARIO L'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO, IL TUTORE, IL CURATORE OVVERO VI È PROCURA GENERALE IN RAPPRESENTANZA DEL BENEFICIARIO)**

Sig/a. \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_, nella sua qualità di :

Amministratore di Sostegno,  Tutore,  Curatore del beneficiario,  Procuratore (come da provvedimento del Giudice Tutelare o procura allegati in copia),

che sottoscrive il presente contratto:  in nome e per conto<sup>2</sup>  per assistenza<sup>3</sup> del beneficiario/ospite;

-----  
<sup>1</sup> Specificare il tipo di parentela.

<sup>2</sup> Sottoscrivono in nome e per conto del beneficiario il tutore, il procuratore e l'amministratore di sostegno a cui siano attribuiti poteri di rappresentanza del beneficiario.

OPPURE

○ **4. (IL CONTRATTO VIENE STIPULATO DA UN ENTE LOCALE)**

L'ente locale denominato \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_, P.IVA \_\_\_\_\_, con sede in \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ in persona del legale rappresentante Sig/a. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_, che sottoscrive il presente contratto in favore del beneficiario Signor/Signora \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ - n. \_\_\_\_\_,

-----

Prende atto che la retta viene fatturata in relazione all'effettiva presenza giornaliera degli Ospiti, in via posticipata (calcolati sia il giorno di ingresso che quello di uscita);

che la determinazione della retta giornaliera è approvata annualmente con delibera del Consiglio di Amministrazione;

**Esprime la richiesta di** (barrare se di interesse):

- Collocazione in **stanza singola**, laddove disponibile ed essendo a conoscenza del maggior costo del servizio, come indicato successivamente;
- Collocazione in **stanza doppia**, con il proprio coniuge/conoscente sig/sig.ra \_\_\_\_\_, previa acquisizione del consenso da parte del medesimo/a, laddove disponibile ed essendo a conoscenza del maggior costo del servizio, come indicato successivamente.

**Prende altresì atto che**

l'adeguamento ed il mantenimento del posto letto secondo determinate esigenze derivanti dalla condizione dell'ospite o da sue richieste o casi similari, rientra fra le maggiorazioni del servizio, come indicato successivamente.

**Inoltre prende ancora atto che:**

La retta giornaliera comprende:

- vitto ed alloggio;
- prestazioni degli operatori socio-sanitari;
- assistenza tutelare diurna e notturna;
- servizio di lavanderia e guardaroba\*;
- attività di animazione;
- attività assistenziale di cura dei capelli, della barba, delle mani e dei piedi;
- servizio di pulizia e riordino camere e spazi comuni;
- tutti gli altri oneri gestionali;

Restano a carico dell'utente:

- ticket sui medicinali,
- farmaci in fascia C,
- integratori alimentari prescritti dal medico curante,
- protesi, presidi sanitari non mutuabili,
- trasporti con i mezzi della Fondazione,
- trasporti in ambulanza per visite/accertamenti non in emergenza,
- prestazioni parrucchiera non incluse nella retta (tinta, permanenti, ecc.)
- prestazioni estetista
- prestazioni specialistiche di podologia

\*= esclusa etichettatura capi di abbigliamento

---

<sup>3</sup> Sottoscrivono per assistenza del beneficiario il curatore (sempre) e l'amministratore di sostegno a cui non siano attribuiti poteri di rappresentanza del beneficiario. Quando la sottoscrizione del terzo avviene per assistenza del beneficiario/contraente, deve essere compilata anche la parte relativa alla casella 1 ed il contratto deve essere sottoscritto anche dal beneficiario.

- spese acquisto capi di abbigliamento, biancheria ed altri accessori personali, etichettatura biancheria personale;
- spese funerarie in caso di decesso dell'ospite
- ogni altra spesa non compresa nella retta giornaliera.

**E che non incidono sulla retta:**

- l'assistenza e cura alla persona da parte degli infermieri professionali
- l'assistenza riabilitativa, mantenimento e rieducazione fornita da fisioterapisti, fatta eccezione per quanto non rimborsato dall'AsFO di Pordenone a copertura dei costi sanitari anticipati dalla Fondazione.

Inoltre l'assistenza medica specialistica, farmaceutica e protesica, nonché ogni altra prestazione diagnostico-terapeutica sono garantite, in relazione alle necessità dei residenti, dalla medesima Azienda sanitaria.

<b>RETTE DI RICOVERO OSPITI NON AUTOSUFFICIENTI 2025</b>	
Retta intera (*)	€ 92,00
Retta in caso di assenza (*)	€ 74,26
Prenotazione posto letto	€ 74,26
Preavviso per dimissione	€ 74,26
Maggiorazione (**)	€ 5,00

(\*) *retta al lordo del contributo nella misura determinata dalla Regione FVG e che viene detratto in fattura.*

(\*\*) *maggiorazione per: 1) richiesta stanza singola;*

*2) richiesta condivisione stanza;*

*3) maggiorazione per adeguamenti tecnici stanza.*

-----

Il pagamento della retta deve essere effettuato posticipatamente **entro 10 giorni** dal ricevimento del rendiconto mensile presso:

- FRIULADRIA CREDIT AGRICOLE filiale di Pasiano di Pordenone IT 78F0623 06493 0000015123362
- c/c postale 13003595 intestato a Fondazione Micoli - Toscano Servizio di Tesoreria 33080 Castions di Zoppola.

Nel versamento si chiede che vengano indicati:

1. Nominativo dell'Ospite per il quale si effettua il versamento.
2. Periodo cui si riferisce il pagamento.
3. Nominativo della persona che si è impegnata al pagamento della retta di ricovero.

Via Favetti 7, 33080 CASTIONS di Zoppola (Pn)  
 C.F. e P.IVA 00221260938  
 Amministrazione Tel. 0434/97187  
 Scuola Favetti 0434/317731 – Infermeria 0434/97016  
 Mail [fondazione@micolitoscano.it](mailto:fondazione@micolitoscano.it)  
[Pec\\_fondazione@pecfvg.it](mailto:Pec_fondazione@pecfvg.it)

Per gli Ospiti non autosufficienti riconosciuti tali dall'ASS n. 5 "Friuli Occidentale", viene assegnato un contributo giornaliero di € **23,50** di cui alla L.R. 10/97 che verrà portato in detrazione dall'ammontare della retta al momento della rendicontazione mensile.

Per gli ospiti non autosufficienti che documentino con la certificazione ISEE un reddito fino a € 15.000,00 viene riconosciuto un contributo regionale aggiuntivo di € 2,50; detto contributo aggiuntivo si riduce ad € 1,50 in caso di redditi compresi fra € 15.000,00 e € 25.000,00.

In caso di uscita per scelta unilaterale dell'ospite sarà dovuto un preavviso di 8 giorni. In caso di mancato o parziale preavviso sarà dovuta, per il tempo relativo, la retta giornaliera per i casi di assenza temporanea.

In caso di disponibilità di un posto comunicata al richiedente il ricovero in lista di attesa, **non immediatamente occupabile per motivi organizzativi della struttura**, laddove si volesse confermare l'interesse all'ingresso, **sarà dovuto l'importo giornaliero di prenotazione del posto, dal momento dell'accettazione**, anche telefonica, di tale condizione, fino al momento dell'ingresso.

In caso di disponibilità del posto comunicata al richiedente il ricovero in lista di attesa, **e questi non fosse in grado di entrare in struttura immediatamente per esigenze personali**, al fine di non perdere il diritto all'accoglimento **sarà dovuto l'importo giornaliero della retta, non coperta da contributo regionale, fino al momento dell'ingresso.**

**Entro 20 giorni dal ricovero, si provvederà automaticamente alla comunicazione del cambiamento della residenza dell'Ospite al Comune di Zoppola secondo quanto prescritto dalla normativa vigente, salvo motivata richiesta scritta che verrà tempestivamente comunicata al Comune di Zoppola ed a quello di provenienza.**

Castions di Zoppola, \_\_\_\_\_

Firma  
\_\_\_\_\_