

## **CONTRATO DE ADMISION EN RESIDENCIA**

En XXXXXXXX a XX de XXXXXXXX de 20XX

### **REUNIDOS**

De una parte **ELISA LETICIA IBÁÑEZ GUERRA** en nombre y representación de la entidad mercantil NEUROCARE HOME LEÓN, S.L., con CIF B42887893, titular de la Residencia Neurocare Home León “Buenos Aires”, sita en Calle Real nº 28, Castrillo de San Pelayo (León), en adelante “la RESIDENCIA”

Y de otra Doña/Don **XXXXXXXX** mayor de edad con NIF XXXXXXXX con domicilio en XXXXXXXX, nº X CP XXXXXXX, XXXXXXX (XXXXX), que actúa:

en su propio nombre y con plena capacidad de obrar y obligarse  
 mediante auto de autorización judicial de internamiento  
 a través de su representante legal, Doña/Don .....con NIF ..... y domicilio en ..... con número de teléfono ..... representación que acredita mediante testimonio de ....., que queda adjuntado y que forma parte de este contrato.

a través de persona de referencia, Doña/Don **XXXXXXXX** con NIF XXXXXXX y domicilio en C/ XXXXXXXXXX, nº XX CP XXXXX XXXXXX (XXXXX) con número de teléfono XXXXXXXXXX y que actúa en calidad de XXXXX.  
en adelante, “el/la RESIDENTE”

Ambas partes se reconocen capacidad legal necesaria para contratar y obligarse en las condiciones del presente contrato, y de mutuo acuerdo

### **MANIFIESTAN**

I.- Que la Residencia es una entidad mercantil cuya finalidad es acoger en régimen residencial a las personas de la denominada “tercera edad”, conforme a lo establecido en el Reglamento de Régimen Interno.

II.- Que el residente conoce las instalaciones de la Residencia, así como las condiciones de alojamiento, sociales, sanitarias y económicas, considerándolas de su completa satisfacción.

III.- Que el ingreso del residente se efectúa libremente.

Estando conforme con el Reglamento de Régimen Interno de la Residencia, que el RESIDENTE declara recibir en este acto, el usuario por sí mismo y al mismo tiempo su representante **Don /Doña XXXXXXXX** formaliza este **CONTRATO DE ADMISIÓN**, que se regirá en base a los siguientes

## **ESTIPULACIONES**

**PRIMERO.-** El residente es considerado en su entrada como **XXXXX (nivel dependencia) EN HABITACION XXX (doble o individual)** ingresa en la Residencia en fecha **XX/XX/XXXX**. A partir de la fecha indicada, durante los primeros veinte días disfrutará de la estancia en el centro con carácter de prueba, sin consolidar la situación de residente, que se considerará firme si transcurrido dicho periodo de prueba no se aprecian circunstancias personales que determinen su incapacidad para adaptarse a la vida del centro. En el periodo de prueba el personal técnico de la Residencia emitirá un informe con la consideración del grado en el que el residente permanecerá en el centro.

La consideración del residente a su ingreso en el centro, en cuanto al grado de dependencia podrá ser modificada por la Dirección del mismo en base a la valoración de Dependencia realizada por el equipo multidisciplinar, y el precio que abonará en la misma se adaptará a la tarifa vigente.

**SEGUNDO.-** El precio estipulado para la estancia del residente, en relación al grado de dependencia y el tipo de habitación anteriormente informado será de **XXXXXXXXXX (XXXX€) EUROS MES, IVA NO INCLUIDO**.

Su pago se hará efectivo mediante domiciliación bancaria, en la cuenta IBAN ES XX XXXX XXXX XXXX **abierta a nombre de XXXXXXXXXXX** que se abonará por adelantado dentro de los diez primeros días de cada mes.

El precio pactado se revisará anualmente aplicando la variación porcentual que experimente el IPC que publica el INE o el porcentaje de incremento que hayan sufrido los distintos servicios que se prestan al residente, conforme a tarifa vigente.

Si el RESIDENTE estuviese disfrutando de una bonificación por promoción (ya sea temporal o permanente) el precio pactado también se revisará anualmente aplicando la variación porcentual que experimente el IPC que publica el INE o el porcentaje de incremento que hayan sufrido los distintos servicios que se prestan al residente, conforme a tarifa vigente.

**SEGUNDO BIS.-** El residente deposita como **FIANZA-DEPOSITO** la cantidad de **600,00 EUROS**, que se le girarán junto con la primera cuota a abonar en el domicilio de la entidad bancaria que este tiene designada. Este importe le será devuelto a la finalización del contrato siempre y cuando se hayan cumplido todas obligaciones del mismo.

**TERCERO.-** D/Dña. **XXXXXXXX** con D.N.I. **XXXXXXXX** domiciliado en C/ **XXXXXXXX**, nº **XX CP XXXXX XXXXXX (XXXX)** en calidad de **XXXX**, actuará como representante de éste a todos los efectos y muy especialmente en las notificaciones y comunicaciones de la Residencia, en relación a las condiciones económicas o de funcionamiento que contiene el Reglamento de Régimen Interno de la Residencia. Igualmente se constituye además de representante del residente en fiador solidario del mismo para todas las obligaciones económicas derivadas de este contrato. El residente o tutor autoriza a la dirección de la residencia para proceder al traslado del residente al hospital o clínica privada en los casos que a juicio del personal sanitario del centro así se requiera.

**CUARTO.-** El residente, así como **D/ Doña XXXXXXXX** se compromete solidariamente a cumplir todas las estipulaciones que le sean de aplicación contenidas en el RRI.

**QUINTO.-** La Residencia se compromete a cumplir y hacer cumplir al personal a su servicio las estipulaciones contenidas en el RRIR, prestando atención a aquellas que puedan hacer más confortable y agradable la estancia del residente en el centro.

**SEXTO.-** El centro no se hará responsable de los daños y perjuicios por accidente o percance sufridos fuera del recinto del centro.

**SÉPTIMO.-** El RESIDENTE podrá depositar dinero u objetos de valor, bajo inventario, en poder de la Dirección del centro, no haciéndose responsable la RESIDENCIA de cualesquiera otros objetos de valor o dinero que pudiera tener el usuario y no hayan sido depositados en la forma indicada.

La RESIDENCIA no se hace responsable de prótesis de uso personal como pueden ser audífonos, dentaduras o gafas o teléfonos móviles, en caso de extravío o deterioro de los mismos.

**OCTAVO.-** En el caso de ausencia voluntaria se reservará la plaza previo pago del precio de la estancia vigente en ese momento. Las ausencias forzosas por internamiento en un centro sanitario, convalecencia o asistencia a un familiar comportan la reserva de la plaza sin límite de tiempo en las condiciones económicas antes citadas.

**NOVENO.-** En caso de dificultades de convivencia, o de mejor organización del Centro, La Dirección se reserva el derecho a cambiar de habitación al residente, respetando siempre la categoría de la habitación y el precio establecido, previa información al residente, así como al responsable solidario.

**DÉCIMO. -** Los residentes deberán anunciar la baja voluntaria con una antelación de al menos quince días. En caso contrario, la residencia cobrará los días no preavisados en la liquidación final. Con la independencia del párrafo anterior, en el caso de fallecimiento antes del día 15 del mes en curso y una vez abonada la mensualidad, se tendrá derecho a la devolución de medio mes, pasado este día el centro no estará obligado a abonar cantidad alguna.

**UNDÉCIMO. -** Se harán cargo los familiares o la persona responsable del residente en los siguientes casos:

- En las instalaciones de los servicios sanitarios, cuando haya habido necesidad de trasladar desde el centro al residente a los servicios médicos de Urgencias.
- Los gastos generados como consecuencia del fallecimiento del residente.

**DUODÉCIMO.-** Será causa de resolución del presente contrato el impago del precio estipulado o la conducta que afecte gravemente a la buena convivencia hacia los otros residentes y que impida la normal actividad del establecimiento.

**DECIMOTERCERO.-** Para cualquier divergencia o litigio que pueda surgir sobre la interpretación de lo estipulado en el presente documento y en Reglamento de Régimen interior, las partes contratantes, con renuncia a su fuero propio, se someten expresamente a los juzgados y tribunales de León.

Estando conformes con el contenido del presente contrato lo firman las partes por duplicado ejemplar y a un solo efecto en el lugar y fecha indicados en el encabezamiento.

DIRECCIÓN DEL CENTRO

EL RESIDENTE

EL FAMILIAR/TUTOR LEGAL/RESPONSABLE

## **AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE IMÁGENES DE RESIDENTES POR GESTION DE NEUROCARE HOME LEÓN, SL**

El derecho a la propia imagen está reconocido al artículo 18. de la Constitución y regulado por la Ley 1/1982, de 5 de mayo, sobre el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen y el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos.

Todo ello nos obliga a disponer de autorización por el usuario o su tutor legal para publicar las fotos de los residentes.

Por ello solicitamos dicho consentimiento para publicar las imágenes en las cuales aparezcan individualmente o en grupo los residentes del Centro.

Este material gráfico o grabaciones podrá ser publicado en nuestra Web, redes sociales o para revistas o publicaciones de ámbito relacionado con nuestro sector siempre que no exista oposición expresa previa.

Don/Doña XXXXXXXX con DNI XXXXXXXX autorizo a NEUROCARE HOME LEÓN S.L. para que pueda utilizar imágenes/grabaciones en la web, Redes sociales, así como publicaciones con carácter informativo, o publicitario.

En León a XX de XXXXX de 20XX

EL RESIDENTE

EL FAMILIAR/TUTOR LEGAL/RESPONSABLE

Por último, NEUROCARE HOME LEÓN S.L. informa que, para el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación o supresión de los datos, así como otros derechos reconocidos en el ámbito de la protección de datos, podrá dirigirse el interesado ante la siguiente dirección de correo electrónico: [info@residenciabuenosaires.es](mailto:info@residenciabuenosaires.es). En caso de que se desee obtener información adicional sobre protección de datos, se podrá consultar la Política de Privacidad de NEUROCARE HOME LEÓN S.L. en su página web, esto es [www.residenciabuenosaires.es](http://www.residenciabuenosaires.es)

## INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

De conformidad con la normativa en materia de protección de datos, NEUROCARE HOME LEÓN S.L. informa que los datos recabados durante la presente negociación, serán tratados con la finalidad de gestionar su estancia en el Centro, prestarle la asistencia que precise, así como llevar a cabo la gestión económica correspondiente. Los datos serán conservados mientras sean necesarios para satisfacer las finalidades indicadas y teniendo en cuenta los plazos establecidos legalmente. No se prevén cesiones o comunicaciones de datos, salvo aquellas necesarias para la gestión contractual, p.ej.

- La Farmacia de XXXXX sita en la localidad de **San Cristóbal de la Polantera (León)**, con la que se trabaja habitualmente con la finalidad de expender la medicación recetada por el médico, incluidos informes médicos solo para medicaciones especiales que necesiten ser selladas y llevadas a inspección y a emitir la factura correspondiente.
- Las **empresas suministradoras de ayudas técnicas**, ortopedias, podología externa con la finalidad de emitir las facturas correspondientes.
- A las **entidades bancarias** correspondientes para proceder al cobro de los recibos emitidos por la Residencia.
- A las **administraciones públicas** competentes
- Cualquier otro servicio solicitado por la familia (floristería, tanatorio...)

Por último, NEUROCARE HOME LEÓN S.L. informa que, para el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación o supresión de los datos, así como otros derechos reconocidos en el ámbito de la protección de datos, podrá dirigirse el interesado ante la siguiente dirección de correo electrónico: [info@residenciabuenaesaires.es](mailto:info@residenciabuenaesaires.es). En caso de que se desee obtener información adicional sobre protección de datos, se podrá consultar la Política de Privacidad NEUROCARE HOME LEÓN S.L. en su página web, esto es [www.residenciabuenaesaires.es](http://www.residenciabuenaesaires.es)

DIRECCIÓN DEL CENTRO

EL RESIDENTE

EL FAMILIAR/TUTOR LEGAL/RESPONSABLE

## **SERVICIOS OFRECIDOS**

- **RESIDENTES VÁLIDOS**
  - **SERVICIOS COMUNES:**
    - LAVANDERÍA
    - ALOJAMIENTO
    - MANUTENCIÓN
  - **SERVICIOS ESPECÍFICOS:**
    - MÉDICO
    - ENFERMERÍA
    - TERAPIA OCUPACIONAL
    - FISIOTERAPIA
    - ASISTENCIA SOCIAL
    - GIMNASIA GERIÁTRICA
    - PODÓLOGO (PREVIO PAGO)
    - PELUQUERÍA (PREVIO PAGO)
    - ACOMPAÑAMIENTO A CONSULTAS MÉDICAS/CITAS (PREVIO PAGO)
  
- **RESIDENTES ASISTIDOS:**
  - SERVICIOS COMUNES: Los mismos que para Válidos.
  - SERVICIOS ESPECÍFICOS: Los mismos que para Válidos.
  - AYUDA EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA:
    - Higiene Personal                      Semiasistido/ GI Y GII
    - Baño                                              Semiasistido/ GI Y GII
    - Vestido                                              Semiasistido/ GI Y GII
    - Comida                                              GII
    - Levantar/Acostar                              GI Y GII
    - Deambulaci3n                                      GII
    - Transferencias                                      GII
    - WC/ Cambio de Pañales                      GI Y GII

## Orden de Domiciliación de adeudo directo SEPA FARMACIA

### **A CUMPLIMENTAR POR EL ACREEDOR**

NIF. Identificación: **XXXXXXX**

Nombre: **XXXXXXXXXXXXXXXX**

Dirección: **C/ OBISPO SANTIAGO 28**

Código Postal/ población/provincia: **24359 SAN CRISTOBAL DE LA POLANTERA**

País: **ESPAÑA**

### **A CUMPLIMENTAR POR EL DEUDOR**

Nombre:

Dirección:

Código Postal/ población/provincia:

Swift BIC :

Número de cuenta IBAN



## **Orden de Domiciliación de adeudo directo SEPA RESIDENCIA**

### **A CUMPLIMENTAR POR EL ACREEDOR**

NIF. Identificación: **B42887893**

Nombre: **NEUROCARE HOME LEÓN S.L.**

Dirección: **REAL, 28**

Código Postal/ población/provincia: **24356 - CASTRILLO DE SAN PELAYO (LEON)**

País: **ESPAÑA**

### **A CUMPLIMENTAR POR EL DEUDOR**

Nombre:

Dirección:

Código Postal/ población/provincia:

Swift BIC :

Número de cuenta IBAN