



Vitalia León



Declaración de pertenencias con las que ingresa la persona usuaria

Centro de Mayores Vitalia León

Residente:

DNI:

Anexo al Contrato nº.

Declaración sobre inventario de Pertenencias

Declaro bajo mi responsabilidad que las pertenencias de uso personal con las que ingresa en este Centro Residencial son las que a continuación se relacionan:

Descripción	Cantidad
-------------	----------

Declaración sobre el destino de las pertenencias en caso de fallecimiento

Declara bajo su responsabilidad que desea que todos los efectos personales (enseres, ropa, dinero en efectivo, joyas, etc.) que pertenecen a quien comparece, y estuviesen en el interior del Centro Residencial sean entregados a D/D^a. con DNI , todo ello sin perjuicio de lo dispuesto en los artículos 806 y siguientes del Código Civil.

En León a de de

Usuario Representante Persona de Referencia Director/a Centro

Fdo

Fdo

Fdo

Fdo



Anexo al contrato
Responsabilidad gastos por fallecimiento



Residente:

Centro de Mayores Vitalia Leon

Anexo al Contrato nº:

En el caso de que se produjera el fallecimiento del Residente don _____ con DNI _____ al no poseer póliza de decesos, o generarse algún gasto que esta no cubriera, yo don con DNI me responsabilizo de hacer todas las gestiones necesarias y hacerme cargo del coste que estas supongan.

En León, a _ de _____ de _____

Fdo: _____
(nombre y dos apellidos)

Residente: Anexo al Contrato nº: He sido informado de forma satisfactoria por los profesionales de este Centro de las situaciones que pueden obligar al uso de sujeciones, mecanismos de contención y/o uso de restricciones físicas: 1.- Problemas de conducta con evidentes riesgos para mi persona o para los demás - Cuadros confusionales agudos - Deterioro cognitivo - Ansiedad - Resistencia a los tratamientos - Efectos secundarios a fármacos 2.- Prevención de accidentes y/o caídas 3.- Necesidad de tratamientos que obliguen al uso de estas medidas - Riesgo de extracción de sondas, catéteres y/o vías - Inmovilizaciones por indicación terapéutica - Riesgo de extracción de instrumentos de oxigenoterapia o similares Se me informa además: -Que serán prescritas por facultativo o personal sanitario competente -Que las medidas se adoptarán sólo en caso de necesidad - Que no serán medios definitivos y persistirán sólo mientras dure la causa que los origine - Que se colocarán de forma segura y con uso de medios homologados - Que serán colocados y supervisados por personal sanitario diplomado Se me explica con un lenguaje claro e inteligible para mí, de las posibles complicaciones que pueden existir con el uso de estas medidas. Fecha

_____ Firma, nombre y apellidos del familiar, responsable o
residente Profesional que informa (nombre y apellidos titulación y firma)



D/D^a. con D.N.I. núm.

A efectos de Ingreso en el Centro de Mayores Vitalia

DECLARA BAJO SU RESPONSABILIDAD

1. INGRESOS DE PERIODICIDAD MENSUAL

- | | |
|-----------------------|---|
| a. Pensiones | ? |
| b. Rentas | ? |
| c. Otras Percepciones | ? |

2. INGRESOS DE PERIODICIDAD SUPERIOR AL MES

- | | |
|----------------------|---|
| a. Rentas de capital | |
| Cantidad | ? |
| Periodicidad | ? |
| b. Otras | |
| Cantidad | ? |
| Periodicidad | ? |

Declara bajo su responsabilidad no percibir ningún otro ingreso, distinto de los reflejados en la presente declaración.

En León a de de de de de

Firmado _____
(nombre y dos apellidos)



Anexo al contrato
Domiciliación bancaria del pago de las estancias



Residente:

Centro de Mayores Vitalia Leon

Anexo al Contrato nº:

Autorizo a la Dirección del Centro para que realice el cargo correspondiente como aportación para la financiación de mi estancia en el mismo en mi cuenta corriente o libreta de ahorro: que mantengo en la entidad _____, sita en la calle _____ de la localidad de _____, provincia de _____

En León, a de de

Usuario

Representante

Persona de referencia



Anexo al contrato
Protección de datos carácter personal



Legitimación: La base legal es la ejecución del contrato de ingreso en residencia suscrito con Ud., según la legislación española. Los datos solicitados son requisito necesario para la adecuada gestión de la relación contractual, por lo que su negativa imposibilitaría la contratación del servicio.

Destinatarios: Los datos serán tratados por el departamento de administración de las empresas del grupo VITALIA HOME, para fines de gestión administrativa interna y de facturación, así como por los servicios sociales y de carácter sanitario (médico, enfermería, fisioterapia, terapia ocupacional, podología, psicología) y otros que pudieran resultar necesarios para la adecuada prestación del servicio contratado, así como para la protección de sus intereses vitales. No se cederán datos a otros terceros, salvo obligación legal.

Derechos: Tiene derecho a solicitar el acceso a sus datos personales, la rectificación de los datos inexactos y su supresión cuando, entre otros motivos, ya no sean necesarios para los fines que fueron recogidos, así como a su portabilidad, y a limitar u oponerse al tratamiento de sus datos, en cuyo caso únicamente se conservarán y tratarán para el ejercicio o defensa de posibles reclamaciones.

Para ejercer sus derechos puede formular su solicitud en derechosrgpd@vitaliaplus.es o a través de nuestra Delegada de Protección de Datos, acreditando su identidad por cualquier medio válido en derecho.

Igualmente tiene derecho a retirar el consentimiento prestado para el tratamiento de sus datos personales en cualquier momento, así como a presentar una reclamación ante la autoridad de control (Agencia Española de Protección de Datos, C/Jorge Juan, nº6, 28001 Madrid. www.agpd.es) si bien ello no afectará a la licitud del tratamiento basado en el consentimiento previo a su retirada.

Puede obtener información adicional sobre nuestra política de privacidad en www.vitaliahome.es/politica-privacidad/

Observaciones:

D/Dª _____ D.N.I. _____

Consiente expresamente y autoriza el tratamiento de sus datos personales en los términos reseñados.

FIRMADO:

El interesado	El tutor o representante legal



Anexo al contrato
Protección de datos carácter personal



PRESTACIÓN DE CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Por la presente se solicita su consentimiento para que, de conformidad con lo establecido por el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 (RGPD), la Ley Orgánica de Protección de datos (LOPD) y la normativa vigente en materia de protección de datos, Vitalia León, en su condición de responsable del tratamiento, proceda al tratamiento de sus datos personales.

Asimismo, y en cumplimiento de sus obligaciones de información al interesado, Vitalia León, le facilita la siguiente información:

Responsable: Razón social: Leon CIF: B99438806

Dirección: C/ Joaquín Costa, 2, 4º D, 50001 Zaragoza. Teléfono: 976229522

Correo electrónico: derechosrgpd@vitaliplus.es

Contacto Delegada de Protección de Datos (DPD): dpdvitalia@datosproteccion.com

Finalidad: Sus datos personales serán tratados con la finalidad de prestar de los servicios asistenciales contratados, entre los que se incluyen la prestación de servicios sanitarios, para lo que se requiere el tratamiento de sus datos de salud.

Para la organización y gestión de la convivencia en el centro, así como durante el desarrollo de las actividades de carácter ocupacional y lúdicas, se realizará el tratamiento de su nombre, fecha de cumpleaños e imagen (fotografías y videos) con fines identificativos, con la finalidad de conseguir un trato más cercano entre los residentes, favorecer la memoria y orientación de los residentes, así como informar a familiares y al organismo autonómico competente en la materia de las actividades desarrolladas en el centro.

Con tales finalidades las imágenes podrán exponerse en el tablón de anuncios, incorporarse a memoria anual de actividades del centro, así como publicarse en la página web y redes sociales (Facebook, Twitter y YouTube) del grupo VITALIA HOME.

Por favor marque las opciones de tratamiento a las que presta consentimiento:

- | | |
|---------------------|---|
| • Fotografías | ☐ Sí ☐ No |
| • Grabación Eventos | ☐ Sí ☐ No |
| • Tablón anuncios | ☐ Sí ☐ No |
| • Memoria Anual | ☐ Sí ☐ No |
| • Página Web | ☐ Sí ☐ No |
| • Redes Sociales | ☐ Sí ☐ No |

Los datos proporcionados se conservarán mientras dure la relación contractual y hasta la conclusión del periodo de prescripción legal de las obligaciones derivadas del mismo.

D/Dª _____ D.N.I. _____

Consiente expresamente y autoriza el tratamiento de sus datos personales en los términos reseñados.

FIRMADO:

El interesado	El tutor o representante legal



Resguardo de entrega al usuario del Reglamento
de Régimen Interno



Residente:

Anexo al Contrato nº:

A la firma del presente documento el abajo firmante, residente del Vitalia León o su familiar/responsable recibe una copia del Reglamento de Régimen Interno del Centro en el que se recogen con claridad y precisión las normas que regulan el funcionamiento del Centro para su conocimiento y aplicación.

A la vez existe una copia en el tablón de anuncios del Centro Sociosanitario de y en este mismo tablón se comunicarán los cambios y/o subsanaciones que se realicen en el reglamento.

Fecha:

Fdo:

Carácter con el que actúa: (familiar/responsable o residente)

Profesional que informa (nombre y apellidos titulación y firma)



Contrato nº

En la localidad de León, a de de

REUNIDOS:

De una parte, Dña. con D.N.I. como Directora del Vitalia León, dependiente de VITALIA HOME,S.L., con CIF B99438806, con domicilio a efectos del presente contrato en el propio Centro, sito en c/ Obispo Almarcha 22 B (24006 León León).

De otra, Don/Doña nacido en LEÓN, provisto con DNI: con domicilio a efectos de este contrato en, c/ Obispo Almarcha 22 B con C.P. 24006 de León (León).

INTERVIENEN

- El primero, en representación de VITALIA HOME,S.L., (en adelante el Centro) con domicilio social en Joaquín Costa, 2 4ª dcha. 50001, Zaragoza con CIF B99438806, inscrita en el León con el número 340466, como centro libre de sujeciones
- El/la segundo/a de ellos, en su propio nombre y derecho (en adelante el residente).
 - Con plena capacidad de obrar.
 - A través de la persona que le representa, D./Dña , con DNI , con domicilio en y con número de teléfono representación acreditada mediante (auto, sentencia, poder) y que se adjunta al presente contrato.

OBJETO

Es objeto del presente contrato el ingreso en la residencia de mayores con arreglo a las siguientes,

CONDICIONES

PRIMERA.- El ingreso en la residencia se realiza libre y voluntariamente (1) por tiempo indefinido, con efecto de de de

SEGUNDA.- El Centro garantizará la asistencia integral del residente en el conjunto de sus necesidades básicas de alimentación, higiene personal y cuidados generales de conformidad con lo establecido en el Reglamento de Régimen Interno. El Centro garantizará que el residente reciba todos los cuidados por medios propios o ajenos, dispensado por profesionales debidamente cualificados.

TERCERA.- El residente asume solidariamente la responsabilidad del pago del coste de la estancia, que en su caso se fija en la cantidad de Euros mensuales más el IVA



Anexo al contrato
Familiares autorizados para información médica



En León, a de de

REUNIDOS:

De una parte, D/Dña. , mayor de edad, con DNI núm en su calidad de Director/a del Vitalia León, dependiente de Vitalia con domicilio a efectos del presente contrato en el propio Centro, sito en c/ Obispo Almarcha 22 B (24006 León León).

De otra, , mayor de edad con DNI , con domicilio en, c/ Obispo Almarcha 22 B con C.P. 24006 de León (León).

EXPONEN:

I

Que con fecha , D.Dña suscribió el contrato de ingreso en el Vitalia León

II

Que con relación al referido contrato y en cumplimiento de lo dispuesto en la vigente Ley de LOPD, que exige la prestación de consentimiento expreso por escritor del afectado para la cesión de datos especialmente protegidos como son los relativos a la salud, se designan como únicas personas a las que se podrá facilitar información sobre la situación y estado de salud del residente D/Dña. , las siguientes:

(Hacer constar: Nombre, apellidos, DNI, dirección postal y teléfono de contacto de las personas autorizadas, así como su relación con el residente)

Mediante la firma del presente documento, el residente D/Dña CONSIENTE Y AUTORIZA EXPRESAMENTE a la Entidad Vitalia León para CEDER la información relativa a su estado de salud a las personas relacionadas en el expositivo II del presente documento, todo ello de acuerdo con lo dispuesto en la vigente Ley

Firmado

DNI:

correspondiente, cuyo importe será abonado entre los días 1 al 5 de cada mes, mediante cargo en cuenta corriente bancaria que le efectuará el Centro.

Esta cantidad podrá ser revisada anualmente, atendiendo a las variaciones del IPC interanual que publique el INE u organismo similar, y/o al porcentaje de subida de aplicación del convenio laboral de los trabajadores, así como a las variaciones del grado de asistencia que haya experimentado el usuario, aplicando dicha actualización en el mes de enero de cada año.

El residente o contratante, deposita en este acto una fianza de Euros, para aplicar a las deudas y obligaciones que nazcan como consecuencia del presente contrato. Esta fianza será liquidada a la finalización, o resolución del contrato, reservándose el centro, si la fianza resultara insuficiente, el derecho a reclamar la diferencia al contrayente y/o residente.

El residente que vaya a abandonar la residencia antes de la finalización del plazo estipulado deberá preavisar con 15 días de antelación por escrito. En caso contrario, al realizar la liquidación se le cobrará como compensación la cantidad equivalente a 15 días de estancia.

En caso de fallecimiento del residente, se cobrará la quincena completa, es decir, si la defunción se produjera durante la primera quincena se cobrará media mensualidad; en caso de fallecer durante la segunda quincena, se abonará la mensualidad completa.

En el supuesto de que el residente lo sea en virtud de concierto con la Administración o con alguna Entidad concertada con el Centro, el precio y la forma de pago a aplicar serán los correspondientes al concierto respectivo.

En el **precio mensual pactado por estancia en contrato**, se incluyen las siguientes prestaciones:

- **Alojamiento:** se entenderá por tal, el uso de la habitación contratada, en su carácter individual o compartido, estando incluido el mantenimiento, lavandería y limpieza de las referidas zonas.
El aseo personal diario y cada vez que las circunstancias lo exijan, si el residente no pudiera valerse por sus propios medios.
El cambio habitual de la ropa interior y semanal de la ropa de cama, pijama o camisón, toallas y lencería de comedor y, en caso necesario, a la muda inmediata cuando las circunstancias así lo requieran.
La dirección de la residencia se reservará a su juicio la asignación de las habitaciones, conforme a las circunstancias personales de cada residente, estableciendo a tal respecto un régimen de flexibilidad, teniendo la facultad de introducir modalidades, en función del cambio de circunstancias de los residentes, a la hora de redistribuir o asignar las habitaciones, con la correspondiente propuesta de disminución o incremento del precio acordado según la dependencia/asistencia del mismo.
- **Pensión completa:** Las necesidades básicas de alimentación, higiene y cuidados generales, en su caso, régimen especial de comidas, que comprende desayuno, almuerzo, merienda y cena.

La alimentación de los Residentes será supervisada por el departamento sanitario del centro, a fin de garantizar el aporte dietético y calórico adecuados

- **Asistencia sanitaria**
- **La utilización de las dependencias e instalaciones** de la residencia, por parte de los residentes.

En el caso de que el uso de determinadas dependencias y/o actividades programadas, sean limitadas en cuanto ocupación máxima de usuarios, se estará a lo que disponga la dirección de la residencia para una mejor prestación de estos servicios, estableciéndose en todo caso un sistema rotatorio de turnos entre los residentes, en orden a la solicitud de esos servicios o de inscripción a esas actividades.

Los siguientes servicios descritos a continuación, son considerados servicios extras fuera de contrato, por lo tanto, no están incluidos en el precio plaza mensual pactado. Se pueden contratar con carácter voluntario y en la cantidad que se necesite.

- Las consumiciones en el servicio de cafetería.
- Todo el material adaptado u ortopédico que precise el residente para su uso personal, por ejemplo: sillas de ruedas, andadores, útiles de aseo personales, etc. .
- Servicios de Podología y peluquería.
- Servicio de etiquetaje de ropa
- Los servicios de excursiones programadas por la Residencia, a las que el residente podrá acogerse de forma voluntaria
- Otros servicios prestados por profesionales externos a la Residencia
- Los tratamientos individualizados llevados a cabo a través de la Unidad de Terapia Intensiva (UTI), propuestos por el personal técnico del centro y una vez contratados por los RESIDENTES, o bien RESPONSABLES
- Acompañamientos médicos, acompañamientos domiciliarios y/o transporte.
- El alquiler del apartamento de familias
- Servicios extras de comunicaciones, teléfono, fax, mensajería, etc...

CUARTA.- La residencia no se hará cargo del deterioro normal o de la desaparición de los bienes y enseres personales de los residentes, solo responderá de aquellos objetos y pertenencias que se coloquen bajo su custodia contra la expedición del oportuno recibo.

QUINTA.- El horario de visitas, salidas y régimen de comunicaciones está regulado en el Reglamento de Régimen Interno del centro.

SEXTA.- El residente acepta, en virtud del presente contrato, las normas establecidas en el Reglamento de Régimen Interior, que expresamente declara conocer y haber recibido un ejemplar del mismo; de igual forma, acepta cumplir las instrucciones emanadas de la Dirección del Centro y las ulteriores modificaciones que al Reglamento de Régimen Interior se introduzcan por acuerdo del Centro, las cuales se comunicarán al residente y al Organismo competente para su aprobación si procede.

SEPTIMA.- El residente autoriza a los médicos, que desarrollan su actividad en el Centro para que efectúen las exploraciones, seguimiento, tratamiento farmacológico y demás actos médicos de medicina general o especializada adecuados a la atención de su salud, todo ello en colaboración con los facultativos de la Seguridad Social y/o seguros privados que le correspondan, pudiendo ordenar traslados a centros sanitarios cuando sea preciso a juicio de los facultativos. La autorización también se refiere al personal técnico (fisioterapeuta, terapeuta, psicólogo,) y auxiliar, sanitario residencial, para que lleven a cabo la actividad profesional propia. La farmacia de la zona proporcionará los medicamentos al equipo médico y de enfermería del centro.

OCTAVA.- El residente autoriza expresamente al Centro para que informe a la persona de referencia D./Dña con DNI sobre sus condiciones y estado de salud.

NOVENA.- Serán causa de la rescisión del presente contrato:

- a. El incumplimiento del pago del coste de la plaza en sus períodos correspondientes.
- b. La ausencia voluntaria del residente, sin comunicación al Centro, por un plazo superior a treinta días, salvo que se deba a causa justificada.
- c. La inadaptación e incumplimiento del residente a las normas de Régimen Interior, así como con las personas que les viene utilizando.
- d. La baja voluntaria formalizada por escrito del residente o su representante legal.
- e. La agresión, riñas o pendencias, tanto físicas como verbales, a cualquier persona perteneciente al centro, que ponga en riesgo la convivencia normal del centro.

DECIMA.- En virtud de lo dispuesto por el RGPD, Reglamento General de Protección de Datos de Carácter Personal, Vitalia León, pone en su conocimiento que dispone de un fichero con datos de carácter personal, inscrito en el Registro de la Agencia Española de Protección de Datos. La finalidad de la recogida de los datos y del fichero es la adecuada prestación de los servicios asistenciales que constituyen el legítimo objeto de VITALIA HOME,S.L.

Los destinatarios de la información son todos los departamentos en que se organiza VITALIA HOME,S.L., Vitalia León, el personal médico, psicoterapeuta, trabajo social, auxiliar, sanitario y/o residencial contratado o subcontratado por VITALIA HOME,S.L. el Instituto Nacional de la Seguridad Social, la Tesorería General de la Seguridad Social, el Ayuntamiento, juzgados y tribunales, así como las Administraciones Públicas que por Ley exijan la cesión.

La negativa a facilitar los datos solicitados traerá como consecuencia la imposibilidad de ser asistido por nuestros servicios.

Para ejercer los derechos de acceso, rectificación y cancelación, en el ámbito reconocido por la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, puede dirigirse por escrito a VITALIA HOME,S.L. Vitalia León, c/ Obispo Almarcha 22 B. También puede ejercer sus derechos ante nuestro servicio de atención al público o de reclamaciones, sito en VITALIA HOME,S.L..

Mediante la firma del presente contrato, el residente CONSIENTE EXPRESAMENTE Y AUTORIZA a VITALIA HOME,S.L. Vitalia León, para que recabe y trate sus datos de carácter personal, incluyendo expresamente los datos relativos a su salud, así como su cesión al personal médico, psicoterapeuta, de trabajo social, auxiliar, sanitario y residencial contratado o



subcontratado por VITALIA HOME,S.L. Vitalia León, el Instituto Nacional de la Seguridad Social, la Tesorería General de la Seguridad Social, el Ayuntamiento, juzgados y tribunales, así como las Administraciones Públicas que por Ley exijan la cesión, datos necesarios para la adecuada prestación de los servicios contratados.

Normativa de protección de datos: Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y el Consejo, de 27 de abril de 2016, Reglamento general de protección de datos, y Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

UNDECIMA.- Para cualquier discrepancia entre ambas partes, ambos renuncian a su propio fuero y se someten de forma expresa a la competencia de los juzgados y tribunales de León.

EN PRUEBA DE CONFORMIDAD SE FIRMAN POR DUPLICADO EJEMPLAR Y A UN SOLO EFECTO, EN EL SITIO Y FECHAS SEÑALADOS EN EL ENCABEZAMIENTO.

Director

Residente

(1) (Si el usuario estuviere declarado incapaz mediante resolución judicial, o expresare su negativa al alta, o a juicio del director/a, aparentemente sufriera un deterioro cognitivo tal que le impidiera manifestar libremente el carácter voluntario de su alta en el centro, se requerirá la preceptiva autorización o mandamiento judicial, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 763 de la ley 1/2000 de 7 de Enero de Enjuiciamiento civil, y la ley 6/99 de Protección a las Personas Mayores A la vez se atenderá en su caso a lo dispuesto en el Decreto 23/2004, 3 de Febrero por el que se regula la Protección Jurídica a las Personas Mayores. (En la comunidad que lo precise) Si fuere urgente el alta o el usuario mostrare su disconformidad a éste y fuere patente su falta de capacidad, deberá comunicarse al Juzgado dentro de las veinticuatro horas siguientes a dicho alta)