

## CONTRATO DE ADMISION E INGRESO EN RESIDENCIA NEUROCARE HOME MIESES

Plazas privadas  
Versión: v5 julio 2024

En VALLADOLID, a 20 de agosto de 2024

### REUNIDOS

De una parte, Dña. XXXXXXXXXX, mayor de edad, con el DNI XXXXXXXXXX, como director/a del CENTRO, en nombre y representación de la entidad mercantil SERVICIOS GERIÁTRICOS MIESES, S.L., con CIF B05274857, titular de la “Residencia Neurocare Home Mieses”, sita en Calle de las Mieses nº 30 A, 47009 Valladolid (Valladolid, Castilla y León), en adelante “el CENTRO”

Y de otra **Doña/Don xxxx**, mayor de edad, con NIF xxxxx con domicilio en XXXX, CP XXXX, XXXX (XXXX), 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 **XXXX** con NIF XXXX y domicilio en XXXX, CP XXX XXXXX (XXXX) con número de teléfono XXXX y que actúa en calidad de XXX.

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 el CENTRO 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 (en adelante, el RRI).
- II. Que el/la 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.
- IV. Que el CENTRO posee todos los permisos, autorizaciones o visados exigidos en la normativa vigente.
- V. Que el/la RESIDENTE está conforme con el RRI (un ejemplar del cual se incorpora como anexo a este contrato), declarando recibir una copia en este acto, comprometiéndose a cumplirlo y respetarlo diligentemente, expresando ambas partes el deseo de procurar que sea igualmente cumplido por el resto de miembros de la comunidad residencial.
- VI. Que el/la RESIDENTE, voluntaria y libremente, está interesado en recibir los servicios ofertados por el CENTRO, tanto de estancia como asistenciales, manifestando esta voluntad por él mismo, su representante legal o persona de referencia, al final de este documento.

Por ello, el usuario por sí mismo y al mismo tiempo su representante Don /Doña **XXXXX**, convienen formalizar el presente **CONTRATO DE ADMISIÓN E INGRESO**, que se regirá en base a los siguientes:

**ESTIPULACIONES**

***INGRESO; PERIODO DE ADAPTACIÓN Y SERVICIOS INCLUIDOS***

**PRIMERA.** - el/la RESIDENTE ingresa en el CENTRO con fecha XX de XXX de XXXX.

**SEGUNDA.** - A partir de la fecha indicada se considerará período de adaptación del interesado a la vida residencial el constituido por los **treinta días naturales** siguientes al del ingreso.

Dicho periodo permitirá la verificación por parte del RESIDENTE y/o su RESPONSABLE de las condiciones en que se desarrolla la vida cotidiana y la atención y cuidados que se ofrecen.

Durante este periodo ambas partes pueden resolver el contrato unilateralmente, retornando el depósito de garantía, sin necesidad de preaviso, siempre que el RESIDENTE esté al corriente de pago de todos los servicios prestados por el CENTRO.

Si, durante dicho período, se apreciaren circunstancias personales que impidieran la atención adecuada del interesado en la residencia o su incapacidad para adaptarse a la vida del CENTRO, se emitirán los informes pertinentes para resolver lo que proceda, en aras del mayor beneficio del interesado.

Transcurrido este período de adaptación, el interesado consolidará su condición de residente, momento desde el que, cualquiera de las partes, deberá comunicar su voluntad de rescindir el contrato con un preaviso de QUINCE (15) días.

**TERCERA.** - el/la RESIDENTE ocupará en el momento de su ingreso en el CENTRO una habitación

- INDIVIDUAL
- DOBLE

El/La RESIDENTE ingresa con un Nivel de Dependencia Grado:

- VÁLIDO
- GRADO I
- GRADO II
- GRADO III

en función del **reconocimiento oficial de la situación de dependencia** (Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia) cuya resolución, determinante del grado de dependencia obtenido, aporta al ingreso.

En su ausencia, el nivel de dependencia se establecerá en función de la puntuación obtenida por el residente a fecha de la firma del presente contrato, determinándose el mismo (válido, grado I, grado II o grado III) en función de la **Escala de Incapacidad de la Cruz Roja**, considerándose:

-**residentes válidos:** aquellos que alcancen una **puntuación global**, obtenida de la suma de las puntuaciones alcanzadas en los grados de incapacidad física y cognitiva, de **0 a 2 puntos**.

-residentes **Grado I:** aquellos que alcancen una **puntuación global**, obtenida de la suma de las puntuaciones alcanzada en los grados de incapacidad física y cognitiva, de **3 a 5 puntos**.

-residentes **Grado II:** aquellos que alcancen una **puntuación global**, obtenida de la suma de las puntuaciones alcanzadas en los grados de incapacidad física y cognitiva, de **6 a 8 puntos**.

## CONTRATO DE ADMISION E INGRESO EN RESIDENCIA NEUROCARE HOME MIESES

Plazas privadas  
Versión: v5 julio 2024

**-residentes Grado III:** aquellos que alcancen una **puntuación global**, obtenida de la suma de las puntuaciones alcanzadas en los grados de incapacidad física y cognitiva, de **9 a 10 puntos**.

Exclusivamente de cara a fijar el grado del RESIDENTE para aplicar la tarifa correspondiente, no se tendrá en cuenta el grado de asistencia establecido en la Resolución de 5 de junio de 2001, de la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León, por la que se establecen las circunstancias indicadoras del grado de dependencia de los usuarios de los centros para personas mayores.

La cuota mensual estará integrada por la cuota correspondiente a la estancia en el CENTRO, por la cuota correspondiente al Nivel de Dependencia que se determine para el/la RESIDENTE durante la vigencia del contrato, por el precio establecido por el tipo de habitación elegida y por la cuota establecida por estancia temporal, si fuese de aplicación.

**CUARTA.** – El CENTRO ofrece al RESIDENTE una atención integral, incluyendo los siguientes servicios:

- Alojamiento
- Manutención
- Promoción de la autonomía personal y participación.
- Normalización y proporción de estilo de vida cotidiano
- Atención integral
- Personalización en la Atención de las actividades de la vida diaria, Cuidados personales y Atención especializada
- Higiene personal, según necesidades y capacidades del RESIDENTE
- Atención sanitaria
- Atención rehabilitadora
- Atención social
- Promoción de las relaciones familiares, otras personas de referencia y el entorno.
- Organización de la acogida y convivencia: salvaguarda y preservación de los derechos de los usuarios y la dignidad de la persona.
- Dinamización sociocultural
- Limpieza, lavandería y planchado.

Sin perjuicio de lo expuesto, el CENTRO se reserva el derecho a organizar los servicios y horarios de la forma que estime más conveniente para su correcta prestación, de acuerdo con lo dispuesto en la normativa vigente de aplicación y en el RRI.

No está incluido en la tarifa el material de protección sanitaria para uso de residentes, que correrá a cargo de estos en caso de necesidad.

**QUINTA.** - En virtud de lo establecido en el presente Contrato, el CENTRO se obliga a prestar al RESIDENTE, hasta que éste cause baja en el CENTRO, los servicios básicos de asistencia geriátrica previstos en la normativa reguladora de las residencias de personas mayores de aplicación.

## CONTRATO DE ADMISION E INGRESO EN RESIDENCIA NEUROCARE HOME MIESES

Plazas privadas  
Versión: v5 julio 2024

### ***PRECIO; FORMA DE PAGO; ACTUALIZACIÓN DEL PRECIO Y OBLIGACIÓN SOLIDARIA***

**SEXTA.** - El precio estipulado en concepto de Estancia en el CENTRO del RESIDENTE se fija en 2127.50€ Euros/mes, en aplicación de las tarifas vigentes en este momento, que el/la RESIDENTE declara en este acto conocer y aceptar.

El precio correspondiente al Nivel de Asistencia que se ha determinado para el/la RESIDENTE en la fecha del ingreso se fija en la cantidad de:

- VÁLIDO: 0 Euros/Mes
- GRADO I: 150 Euros/Mes
- GRADO II: 300 Euros/Mes
- GRADO III: 450 Euros/Mes

El precio correspondiente al Tipo de habitación que se ha elegido el/la RESIDENTE en la fecha del ingreso se fija en la cantidad de:

- DOBLE: 0 Euros/Mes
- INDIVIDUAL: 400 Euros/Mes

El precio por estancia temporal (inferior a 60 días) se establece en la cantidad de:

- ESTANCIAS SUPERIORES A 60 DÍAS: 0 Euros/ Mes
- ESTANCIAS INFERIORES A 60 DÍAS: incremento 10% en el precio de estancia

Por tanto, la **cuota mensual definitiva** queda establecida en la cantidad de **XXXX€ Euros/mes**, correspondientes a la suma del precio estipulado por estancia en el CENTRO, el precio establecido por el Nivel de asistencia determinado para el/la RESIDENTE en la fecha del ingreso, el precio establecido por el tipo de habitación elegida por el/la RESIDENTE y el precio definido por estancia temporal; cantidad que el/la RESIDENTE, su REPRESENTANTE LEGAL y/o sus FAMILIARES se comprometen a abonar al CENTRO, como cuota de su estancia y atención.

El importe del precio se entiende sin impuestos incluidos, incrementándose el correspondiente Impuesto sobre el Valor Añadido o el que viniera a sustituirlo de acuerdo con la legislación vigente.

La cuota mensual definitiva será revisada con efectos desde el día primero del mes de enero de cada año natural durante la vigencia del contrato, de acuerdo con la evolución experimentada por el Índice General de Precios al Consumo (I.P.C.) del último año u otros indicadores económicos que lo sustituyan. Dado que dichos índices son publicados con cierto retraso, una vez conocidos, se liquidará el incremento que resulte, girándose el recibo por la diferencia. En ningún caso la demora en practicar la revisión supondrá la renuncia a la misma.

En el caso en que el IPC anual resultase negativo no se aplicará una disminución del precio de la cuota mensual.

Asimismo, la cuota mensual definitiva podrá ser revisada por el CENTRO, en el momento que sea pertinente, en el caso de que se produzcan variaciones significativas en los costes internos del mismo, en especial variaciones en los costes de personal, suministros y/o cualquier otro que pueda afectar de forma significativa a los gastos del CENTRO. Para el caso de que se produjera dicha circunstancia, será preciso que el CENTRO proceda a preavisar con UN (1) mes de antelación al RESIDENTE y/o persona de referencia de la nueva tarifa, que no podrá entrar en vigor hasta

transcurrido dicho mes de preaviso. Si el RESIDENTE, muestra su disconformidad con la revisión propuesta, se dará por resuelto el contrato.

La actualización del precio será notificada al RESIDENTE y/o persona de referencia para su conocimiento en el momento en que se publique por el INE la evolución experimentada por el Índice General de Precios al Consumo (I.P.C.) del último año u otros indicadores económicos que lo sustituyan.

**SÉPTIMA.** - El CENTRO emitirá una factura mensual correspondiente a la mensualidad en curso, así como los servicios extraordinarios incurridos por el/la RESIDENTE en el mes anterior. El CENTRO facilitará dicha factura mensual en la que constará el coste total del servicio, siempre y cuando lo solicite el/la RESIDENTE.

En estancias superiores a un mes, el pago de la mensualidad se efectuará de forma anticipada, mensualmente y dentro de los cinco (5) primeros días del mes. En el momento del ingreso se emitirá la primera factura, para, en meses sucesivos, proceder como se detalla.

Para estancias iguales o inferiores a un mes, el pago de la totalidad de la estancia se hará en el momento del ingreso.

En ambos casos, el pago de las facturas emitidas por el CENTRO se realizará mediante domiciliación bancaria con cargo a la cuenta corriente que el/la RESIDENTE o el RESPONSABLE designen a tal efecto.

La mensualidad no es susceptible de fraccionamiento, salvo en el caso en que el ingreso se produzca con posterioridad al día primero del mes, en cuyo caso se generará, para ese primer recibo, un cobro proporcional al número de días de estancia efectivos. A estos efectos, el cálculo del importe diario se realizará dividiendo la mensualidad pactada en el presente contrato entre treinta (30) días mensuales, que se tomarán de media en todos los casos.

Se acompaña como Anexo al presente contrato impreso autorizando la domiciliación bancaria de los recibos (orden SEPA) que serán presentados para su cobro por el CENTRO en las entidades y cuentas designadas.

Los datos bancarios del usuario y/o la/s persona/s que pagará/n la estancia son los siguientes:

**CUENTA BANCARÍA N°1**

Porcentaje a abonar: XXX%

Entidad bancaria: XXXXXXXX

IBAN: ESXX XXXX XXXX XXXX XXXX XXXX

Titular de la cuenta: **Nombre@1# RESIDENTE**

**CUENTA BANCARÍA N°2**

Porcentaje a abonar: XXX%

Entidad bancaria: XXXXXXXX

IBAN: ESXX XXXX XXXX XXXX XXXX XXXX

Titular de la cuenta: XXXXXXXX XXXXXXXX XXXXXXXX

**CUENTA BANCARÍA N°3**

Porcentaje a abonar: XXX%

Entidad bancaria: XXXXXXXX

IBAN: ESXX XXXX XXXX XXXX XXXX XXXX

Titular de la cuenta: XXXXXXXX XXXXXXXX XXXXXXXX

## **CONTRATO DE ADMISION E INGRESO EN RESIDENCIA** **NEUROCARE HOME MIESES**

Plazas privadas  
Versión: v5 julio 2024

Cualquier cambio en el número de cuenta deberá ser comunicado expresamente al CENTRO en un plazo no inferior a cinco (5) días antes de la finalización del mes en curso. En caso contrario, se facturará el mes correspondiente mediante cargo en la cuenta bancaria previamente informada, hasta que el CENTRO pueda actualizar la nueva cuenta comunicada.

**OCTAVA.** - En el supuesto de que por circunstancias sobrevenidas se modifiquen las condiciones de asistencia que sirvieron de base al CENTRO para la determinación del Nivel de Asistencia del RESIDENTE, el CENTRO emitirá un informe estableciendo el nuevo Nivel de Asistencia que en ese momento presente el/la RESIDENTE, ya sea por resolución oficial del reconocimiento del nuevo grado de dependencia (Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia) o por la variación de la puntuación en la Escala de la Cruz Roja aplicada al RESIDENTE.

El nuevo Nivel de Asistencia y las tarifas aplicables de conformidad con los precios estipulados en este contrato serán notificados al RESIDENTE y/o RESPONSABLES en el mes de febrero de cada año, comenzándose a aplicar las mismas en la primera factura del mes inmediatamente posterior al de dicha comunicación.

Se procederá de esta forma tanto si se produce una mejora como si se produce un empeoramiento de las condiciones de dependencia del residente.

Independientemente de que se produzcan situaciones de mejora o empeoramiento de las condiciones de dependencia del residente, las condiciones económicas sólo podrán ser revisadas de forma anual, tal y como se ha establecido en el párrafo previo.

Tal y como se ha determinado, el precio acordado será modificado teniendo en cuenta las variaciones del grado de dependencia establecido y se tomarán como referencia para la nueva cuota las tarifas vigentes en el momento en que se comunique dicha situación.

A efectos del presente contrato, y a título meramente enunciativo, se entenderán por circunstancias sobrevenidas aquellas enfermedades, accidentes y/o cualquier otro tipo de circunstancia sufridas por el/la RESIDENTE que afecten a su Nivel de dependencia durante la vigencia del presente Contrato.

**NOVENA.** - Se hace constar que, presente en este acto, Doña/Don **XXXXXXXX** con NIF **XXXXX** y domicilio en **XXXXX**, CP **XXXX XXXXX (XXXX)** con número de teléfono **XXXX** y que actúa en calidad de **XXX**, garantiza personal y solidariamente las obligaciones económicas asumidas en este documento, quedando designado como **OBLIGADO SOLIDARIO** frente al contrato.

Sin perjuicio de la responsabilidad personal, ilimitada y solidaria, en su caso, del RESIDENTE, las obligaciones derivadas del presente contrato quedan garantizadas con todos los bienes del Obligado Solidario, quien se obliga indistinta y solidariamente con el/la RESIDENTE al cumplimiento de las obligaciones derivadas del presente contrato, con renuncia expresa a los beneficios de orden, división y excusión de bienes, y manifiesta expresamente su voluntad de que el afianzamiento tenga eficacia y surta todos su efectos mientras no se realice el pago total de la deuda que, en su caso, se genere, aunque el CENTRO no exija de inmediato las cantidades adeudadas, conceda prórrogas o admita entregas inferiores a la cantidad debida.

El Obligado Solidario acepta expresamente que la notificación de la cantidad, en su caso, exigible, pueda acreditarse mediante carta certificada con acuse de recibo, burofax o cualquier otro medio idóneo dirigido al domicilio que figura en el presente documento, al cual se fija expresamente como lugar donde se deberá practicar dicha notificación, salvo que el Obligado Solidario notifique fehacientemente al CENTRO el cambio de dicho domicilio.

## **CONTRATO DE ADMISION E INGRESO EN RESIDENCIA NEUROCARE HOME MIESES**

Plazas privadas  
Versión: v5 julio 2024

El Obligado Solidario garantiza con carácter solidario frente al CENTRO el cumplimiento de las obligaciones económicas asumidas por el/la RESIDENTE en virtud del presente contrato, especialmente el pago de las cuotas mensuales y de todos aquellos gastos generados como consecuencia de la ejecución del mismo.

Esta responsabilidad se establece expresamente con carácter solidario, en consecuencia, el CENTRO podrá reclamar al RESIDENTE o al OBLIGADO SOLIDARIO, indistintamente, la cantidad total adeudada.

### ***DEPÓSITO DE GARANTÍA***

**DÉCIMA.** - en el caso de estancias superiores a UN (1) MES, el/la RESIDENTE entrega en depósito o pago la cantidad de 600€, en concepto de GARANTÍA o FIANZA

El importe de la citada garantía será satisfecho por el/la RESIDENTE mediante domiciliación bancaria, sirviendo el recibo bancario correspondiente como la más eficaz carta de pago.

El pago de la fianza se hará en el plazo máximo de 72 horas a contar desde el momento del ingreso.

Esta cantidad se incluirá en la liquidación que en su día se realice al extinguirse el contrato, una vez satisfecha la totalidad de los eventuales gastos que procedieren, en el plazo máximo de 60 días desde la finalización de la estancia.

Por el contrario, si la cantidad entregada en concepto de fianza no fuera suficiente para cubrir los referidos gastos, el/la RESIDENTE o en su caso la persona de referencia ingresará al importe restante en la cuenta bancaria titularidad del CENTRO, en el plazo improrrogable de siete (7) días desde la recepción de la comunicación fehaciente de este extremo, efectuada por el CENTRO.

### ***DURACIÓN DEL CONTRATO; CAUSAS DE RESOLUCIÓN Y LIQUIDACIÓN***

**UNDÉCIMA.** - El contrato tendrá una duración indefinida, pudiendo ser resuelto por cualquiera de las causas establecidas en la condición duodécima del presente contrato.

**DUODÉCIMA.** - El presente contrato se extinguirá:

- Por voluntad del RESIDENTE, debiendo comunicarlo fehacientemente a la Dirección del CENTRO con al menos QUINCE (15) días de antelación a la fecha en que desee que la relación quede extinguida. En caso contrario, se cobrará al practicar la liquidación hasta un máximo de quince (15) días.
- Por voluntad de cualquiera de las partes por incumplimiento grave o reiterado de las obligaciones asumidas por la contraparte en el presente contrato, en el Reglamento de Régimen Interno, en los derechos y obligaciones del RESIDENTE o en la normativa aplicable, siempre que, notificado el incumplimiento a la otra parte, ésta no la subsanase en el plazo máximo de QUINCE (15) días naturales.
- Por fallecimiento del RESIDENTE. En tal caso, se comunicará de inmediato a la persona de referencia, corriendo a cargo de éste los trámites y gastos ocasionados por el óbito no incluidos en la póliza de seguro de defunción que tuviera suscrita el RESIDENTE. Los gastos no cubiertos que ocasione la defunción podrán imputarse a la fianza constituida y, en caso de resultar insuficiente, la diferencia se podrá domiciliar mediante recibo en la cuenta señalada para los cobros de la estancia.

## **CONTRATO DE ADMISION E INGRESO EN RESIDENCIA NEUROCARE HOME MIESES**

Plazas privadas  
Versión: v5 julio 2024

- Por impago de cualquier factura o de falta de pago de la fianza, por cualquiera de los obligados a ello, dando lugar a la resolución de pleno derecho del presente contrato previa comunicación al RESIDENTE y/o RESPONSABLE. El CENTRO podrá resolver unilateralmente el presente contrato en un plazo no inferior a QUINCE (15) días desde la comunicación de dicha circunstancia al RESIDENTE. y/o la persona de referencia, siempre que dicho incumplimiento no haya sido subsanado en el plazo de quince días naturales.
- Por concesión al RESIDENTE de plaza pública por la administración correspondiente. Se deberá aportar justificante oficial de la concesión de la plaza concertada. En caso contrario, se procederá a cobrar, al practicar la liquidación, hasta un máximo de QUINCE (15) días, aplicándose las mismas condiciones que en la baja por voluntad del RESIDENTE indicadas anteriormente. En todo caso, el RESIDENTE podrá elegir como causa de resolución la indicada en este apartado o la voluntaria indicada en el inciso primero, con las consecuencias inherentes en cada una de ellas.
- Por haber sido sancionado con una falta muy grave, recogida en el Reglamento de Régimen Interno, dando lugar a su expulsión como residente.

Una vez resuelto el contrato, el CENTRO quedará liberado de toda obligación y responsabilidad asumidas con respecto al RESIDENTE.

En los supuestos de resolución del contrato que aplique, el/la RESIDENTE, deberá abandonar el CENTRO antes de las 12 horas de la mañana de la fecha indicada para ello en el correspondiente preaviso. Si el/la RESIDENTE no pudiese valerse por sí mismo en ese momento, D/Dña **XXXXXX** se obliga expresamente a recoger al RESIDENTE en las instalaciones del CENTRO en la fecha indicada. De no producirse, se autoriza expresamente a la Dirección del CENTRO a su traslado a cualquiera de los domicilios de los responsables indicados en el presente contrato, siendo por cuenta de estos el transporte utilizado para su traslado y asumiendo cualquier gasto o responsabilidad que se derive de dicho traslado, del retraso o incumplimiento de su obligación de recogida y de la falsedad o inexactitud de las direcciones suministradas.

De no producirse el traslado en la fecha establecida por cualquier causa, continuará devengándose la renta pactada en el presente contrato hasta el efectivo abandono del CENTRO del residente.

En el supuesto de que el/la RESIDENTE se encuentre hospitalizado en el momento de la resolución del presente contrato, D/Dña. **XXXXXX**, se obliga a recoger al RESIDENTE del mismo en el momento en el que le sea concedida el alta médica, exonerando expresamente al CENTRO de cualquier responsabilidad que pueda derivarse de un incumplimiento en este sentido y todo ello, teniendo en cuenta la causa de resolución del contrato, plazos y condiciones y la evitación de una situación de abandono del RESIDENTE.

**DECIMOTERCERA.** – El/La RESIDENTE, o bien la persona de referencia, retirará del CENTRO los enseres y objetos de su propiedad que hubiera en el CENTRO al causar baja del mismo. En el supuesto de que alguno de estos elementos no sea retirado, y sin perjuicio de las responsabilidades por incumplimiento a que hubiera lugar, se entenderá que el/la RESIDENTE o en su caso la persona de referencia abandona las mismas y renuncia a cualquier derecho sobre ellas, pudiendo el CENTRO disponer de las mismas como considere, sin que el/la RESIDENTE o la persona de referencia tengan derecho a indemnización o compensación de ninguna clase.

**DECIMOCUARTA.** – En caso de extinción de contrato por algunas de las causas recogidas en la cláusula decimosegunda del presente contrato, se practicará la correspondiente liquidación, donde se contemplará:

- a) Cargo por la estancia y cuidados asistenciales pendientes hasta la fecha.
- b) Cargo de los servicios extraordinarios pendientes hasta la fecha.

## **CONTRATO DE ADMISION E INGRESO EN RESIDENCIA NEUROCARE HOME MIESES**

Plazas privadas  
Versión: v5 julio 2024

- c) Cargo de los días no preavisados, hasta un máximo de 15.
- d) Cargo de los gastos por el óbito, si fuese de aplicación.

En caso de defunción la RESIDENCIA se compromete a gestionar los trámites de enterramiento, previa comunicación y aprobación por parte de la familia responsable. Los gastos del mismo serán con cargo a la póliza de decesos que el usuario tenga contratada, o a los familiares responsables del usuario. En caso de defunción de un usuario sin ningún familiar, la residencia se obligará a ofrecerle un entierro digno, de acuerdo con sus creencias si eran conocidas. Los gastos que ocasione, debidamente justificados, se podrán domiciliar mediante recibo contra la cuenta en que se venían cargando los pagos mensuales o, en su caso, a las personas que solidariamente firman el contrato.

Una vez generadas las facturas correspondientes a la liquidación e informado al RESIDENTE y/o RESPONSABLES se procederá a:

- a) abonar la devolución por la cantidad que corresponda a partir del día 20 del mes siguiente a la fecha de liquidación, mediante transferencia bancaria. La devolución deberá quedar ejecutada en el plazo máximo de 60 días desde la finalización de la estancia.
- b) pasar al cobro, en caso de ser deudor el RESIDENTE, durante los tres días siguientes a la fecha de baja, a través de la cuenta bancaria habitual designada o a la indicada expresamente.

**DECIMOQUINTA.** – La liquidación se realizará en función del tiempo real que el/la RESIDENTE haya permanecido en el CENTRO.

Cuando el/la RESIDENTE cause baja en el CENTRO, la cantidad entregada en concepto de GARANTÍA O FIANZA minorará la liquidación de la última factura.

El/La RESIDENTE deberá anunciar su baja con quince (15) días de antelación, pudiendo el CENTRO, en caso contrario, facturar al interesado, adicionalmente del precio de la estancia, el equivalente al citado plazo como compensación.

### ***SERVICIOS ADICIONALES***

**DECIMOSEXTA.** – EL CENTRO pone a disposición del RESIDENTE una serie de servicios adicionales, que serán de contratación voluntaria por el/la RESIDENTE, y se facturarán separadamente por su utilización, teniendo tal consideración, a título de ejemplo, los servicios de traslados y acompañamiento, peluquería, podología, , cafetería, , marcado de ropa, artículos de Ortopedia/Sujeciones, , , material de protección sanitaria, etc.

Todos los servicios adicionales que el/la RESIDENTE y/o el RESPONSABLE, así como cónyuge, descendiente directo mayor de edad, hermanos, familiares o responsable legal, soliciten y se presten por el CENTRO, serán facturados el mes siguiente a su utilización, bajo el concepto correspondiente a cada uno de ellos, diferenciado de la cuota general, en el recibo mensual mediante domiciliación bancaria.

Los precios de servicios extras, prestados y de contratación voluntaria solicitados expresamente por el/la RESIDENTE y/o el RESPONSABLE o familiar, serán los indicados en las tarifas publicadas y expuestas en el tablón de anuncios, siendo estas revisadas cada año natural, de acuerdo con la evolución experimentada por el Índice General de Precios al Consumo (I.P.C.) u otros indicadores económicos que lo sustituyan. Asimismo, estos servicios extras podrán ser revisados por el CENTRO en el caso de que se produzcan variaciones significativas en los costes internos del mismo, en especial variaciones significativas en los costes de personal o de contratación de estos.

## **CONTRATO DE ADMISION E INGRESO EN RESIDENCIA NEUROCARE HOME MIESES**

Plazas privadas  
Versión: v5 julio 2024

El alcance de estos servicios puede ser modificado, ampliado o suprimido, mediante comunicación a la otra parte y aviso en el tablón de anuncios del CENTRO con una antelación de siete (7) días a la fecha en que fueran efectivos.

Específicamente, se acuerda que el material de protección sanitaria de los residentes (tipo mascarillas quirúrgicas, mascarillas FFP2, guantes, batas/monos impermeables, etc.) no está incluido en la tarifa. El CENTRO se reserva el derecho a su facturación, incluyéndolo en el cobro de servicios adicionales, en función de la necesidad y el uso del mismo.

### ***RESERVA DE PLAZA***

**DECIMOSÉPTIMA.** – Cualquier ausencia debe ser comunicada fehacientemente al CENTRO, indicando los días de ausencia previstos y las fechas de los mismos.  
Se entiende que un RESIDENTE está ausente cuando no pernocta en el centro.

En el supuesto de ausencias voluntarias no superiores a sesenta días (60), computados dentro de cada año natural, el/la RESIDENTE deberá preavisar fehacientemente con un de mínimo de siete (7) días. Tendrá derecho a la reserva de la plaza, pero el centro podrá cobrar el precio de la estancia, deduciendo del mismo un 15% en concepto del coste de la alimentación. En caso de no preavisar con el tiempo indicado, no se realizará el descuento indicado hasta un máximo de siete días, contabilizados desde la fecha del primer día de ausencia.

En el caso de ausencias transitorias forzosas, no existirá la necesidad de preaviso. El/La RESIDENTE tendrá derecho a la reserva de plaza sin límite de tiempo, pero el centro podrá cobrar el precio de la estancia, deduciendo del mismo un 15% en concepto del coste de la alimentación desde el primer día de ausencia.

### ***IMPAGO***

**DECIMOCTAVA.** – El incumplimiento de pago o devolución de los recibos girados obliga al RESIDENTE o RESPONSABLES solidarios, a su abono, antes del último día del mes en el que se cursa la devolución, junto con los gastos de devolución que se hayan ocasionado.

La devolución facultará al CENTRO a pasar a cobro dicha factura, una segunda vez, añadiéndose los gastos ocasionados por la devolución.

Una segunda devolución de este recibo facultará al CENTRO para iniciar las acciones judiciales destinadas al cobro del mismo y la pérdida de la condición de residente, resolviéndose este contrato por parte del CENTRO. Esta resolución será comunicada por el CENTRO al RESIDENTE o persona de referencia, quienes asumen expresamente la obligación de trasladarse del CENTRO en el plazo máximo de quince (15) días desde que se produzca la comunicación de la resolución del presente contrato.

### ***PERSONA DE REFERENCIA***

**DECIMONOVENA.** – Se designa a Doña/Don **XXXX** con NIF **XXXX** y domicilio en **XXXX**, CP **XXXX XXXX (XXXX)** con número de teléfono **XXXX** y que actúa en calidad de **XXXX** como **persona de referencia** a la que informar de cualquier eventualidad que pueda producirse con el/la RESIDENTE en relación a su persona, bienes o cualquier otra circunstancia que le afecte.

La persona de referencia del RESIDENTE actuará como RESPONSABLE de éste a todos los efectos y muy especialmente en las notificaciones o comunicaciones del CENTRO, en relación

## **CONTRATO DE ADMISION E INGRESO EN RESIDENCIA NEUROCARE HOME MIESES**

Plazas privadas  
Versión: v5 julio 2024

con las condiciones económicas y de funcionamiento que contiene el Reglamento de Régimen Interno de la Residencia.

La persona de referencia actuará como responsable ante decisiones médicas y asistenciales para el bienestar y salud del RESIDENTE al que representa, cuando éste no se encuentre en condiciones de capacitación para la toma de decisiones o en sus plenas facultades cognitivas.

La persona de referencia, mediante la firma del presente contrato, viene a autorizar a la Dirección de la Residencia en el caso de que el estado de salud del RESIDENTE así lo requiera, y siempre bajo criterios del Cuadro Médico del CENTRO, a tomar las decisiones oportunas sobre su tratamiento incluso en el caso de que se requiera su traslado urgente al centro o institución que más adecuado se juzgue para su atención, asumiendo el/la RESIDENTE y/o el Obligado Solidario todos los gastos que pudieran derivarse de tal traslado y/o estancia en el centro o institución sanitario elegido.

En consecuencia, la citada derivación se realizará sin previa aprobación de la persona de referencia, que, no obstante, será inmediatamente informada.

En el caso de que el /la RESIDENTE muestre, a juicio del equipo profesional especializado del centro, signos de deterioro cognitivo y/o volitivo, se informará a la persona de referencia de tal circunstancia para que adopte las decisiones oportunas, las cuales deberá comunicar al CENTRO, autorizándole en lo que sea procedente.

De igual forma, la persona de referencia se compromete a poner en conocimiento de la RESIDENCIA cualquier variación sobre los datos aportados a la misma en este u otros documentos como son: domicilios, teléfonos de contacto, relación de familiares, etc.

A los efectos del presente contrato, se entenderá como PERSONA DE REFERENCIA, en el caso de que el RESIDENTE precise medidas de apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica, las definidas por el Libro primero, Título XI del Código civil (medidas voluntarias, guarda de hecho, curatela, defensor judicial)

### ***INFORMACIÓN SOBRE EL RESIDENTE***

**VIGÉSIMA.** – El/La RESIDENTE, o en su defecto el RESPONSABLE o familiares, se comprometen a facilitar al personal del CENTRO la información que le sea solicitada con relación a la salud, alimentación, hábitos de vida, gustos, etc., del RESIDENTE a fin de que pueda serle facilitada la atención más adecuada de conformidad a sus necesidades y costumbres.

De forma especial se deberá informar al personal asistencial del CENTRO de su estado de salud, enfermedades y tratamientos en curso, medicación, etc., otorgando en este acto su consentimiento para que dicho personal desarrolle, en coordinación con el sistema sanitario del residente (público o privado) la tarea de atención y seguimiento de su estado de salud.

Para ello es imprescindible que se traslade y se facilite al equipo profesional del CENTRO cualquier información relativa a consultas médicas, cambios de tratamientos, pautas de cuidados, etc. Que le sean brindados por otros especialistas médicos fuera del entorno del CENTRO, debiéndose aportar al CENTRO informe médico de cada seguimiento o consulta a la que acuda.

El/La RESIDENTE, o en su caso la persona de referencia, deberán depositar en el CENTRO la siguiente documentación:

- DNI/NIE/Pasaporte del RESIDENTE y copia del DNI/NIE/Pasaporte de la persona de referencia

## **CONTRATO DE ADMISION E INGRESO EN RESIDENCIA NEUROCARE HOME MIESES**

Plazas privadas  
Versión: v5 julio 2024

- Tarjeta de la Seguridad Social del RESIDENTE o del seguro médico privado correspondiente
- Informe médico reciente y toda la documentación e información de importancia para el adecuado cuidado del RESIDENTE (alergias, patologías previas, pautas de medicación, etc.)
- Copia de la sentencia de incapacidad o internamiento involuntario, si procediese
- Copia del certificado del reconocimiento oficial de la situación de dependencia, si lo tuviese
- Justificante del número de póliza del seguro de decesos, si la tuviese
- Copia de la cartilla bancaria en la que figuren los datos del titular y cuenta de cargo con el código IBAN.

El/La RESIDENTE y/o persona de referencia autorizan expresamente al CENTRO para que custodie estos documentos, sin perjuicio de que le sean entregados cuando así lo demande, previo requerimiento y firma del correspondiente recibí a tales efectos.

### **UBICACIÓN; BIENES Y CARGOS DEL RESIDENTE**

**VIGESIMOPRIMERA.** – Al RESIDENTE se le asigna una ubicación en el CENTRO acorde a la valoración efectuada por el equipo multidisciplinar del mismo, atendiendo a criterios técnicos de atención basados en la situación basal y el nivel de dependencia (tanto físico como cognitivo) del RESIDENTE, con el fin de poder proporcionar los cuidados adecuados y precisos que necesite de una forma óptima y coordinada y que proporcionen la mejor calidad asistencial al RESIDENTE.

Esta ubicación presenta la conformidad del RESIDENTE y/o su RESPONSABLE.

El cambio de ubicación sólo se llevará a cabo bajo criterios asistenciales o de necesidad, dictaminados igualmente por el equipo multidisciplinar del CENTRO. Dicho cambio se comunicará por escrito o verbalmente al RESIDENTE y/o persona de referencia con antelación.

El/La RESIDENTE gozará de libertad de movimientos en las áreas de uso común del CENTRO. En aquellos casos que, por condicionamiento de índole física o cognitiva, puedan preverse situaciones de riesgo para la integridad del RESIDENTE, se establecerán las medidas y/o restricciones de protección y control que se necesiten, prescritas por el médico y con conocimiento y firma del familiar-responsable-tutor o representante.

**VIGESIMOSEGUNDA.** – En el momento del ingreso el RESIDENTE debe aportar sus bienes de uso cotidiano: ropa, calzado, ayudas técnicas, ortesis o prótesis, productos aseo particulares, bolso, etc. El CENTRO comprobará que los bienes que aporta son los necesarios para la correcta estancia en el CENTRO.

El/La RESIDENTE podrá depositar dinero y/u objetos de valor, bajo inventario, en la caja fuerte del CENTRO, que quedarán custodiados por la Dirección del mismo.

EL CENTRO sólo se hace responsable del dinero u objetos de valor introducidos cuando hayan sido depositados en la caja fuerte de la misma, bajo inventario, declaración de valor adecuadamente justificada, y previa presentación del correspondiente recibo por parte del RESIDENTE.

Así, la Dirección del CENTRO previo libramiento del correspondiente recibo, se hará depositaria de cuantos objetos de valor y dinero metálico entregue el RESIDENTE para su custodia. No obstante, para poder retirar los mencionados objetos se requerirá la presentación del resguardo de depósito.

## **CONTRATO DE ADMISION E INGRESO EN RESIDENCIA NEUROCARE HOME MIESES**

Plazas privadas  
Versión: v5 julio 2024

El CENTRO no se hace responsable de cualesquiera otros objetos de valor o dinero que pudiera tener el RESIDENTE y no hayan sido depositados en la forma indicada.

El CENTRO no se hace cargo de los objetos extraviados o deteriorados en el Centro, tales como ), relojes, joyas, etc.

En caso de fallecimiento del RESIDENTE, la persona que hubiera designado el mismo y/o los herederos, podrán reclamar la entrega de los bienes y pertenencias del RESIDENTE durante un plazo no superior a quince (15) días, transcurrido el cual el CENTRO podrá decidir sobre el mejor uso de los mismos.

**VIGESIMOTERCERA.** – el RESIDENTE debe aportar la ropa y calzado de uso personal al ingreso y la repondrá a su cargo, asumiendo los deterioros o daños que se puedan ocasionar por el normal uso y desgaste de la misma, así como por los procesos de lavado industriales del CENTRO.

El número de prendas y calzado serán las suficientes y adecuadas a las necesidades personales, al tiempo y a las características del lavado industrial y de máxima frecuencia.

En caso de no atender al requerimiento de la RESIDENCIA a fin de renovar las prendas deterioradas, y éstas haya de aportarlas la residencia, su importe será cargado al usuario.

Toda la ropa de uso personal del RESIDENTE debe ser marcada previamente a su uso con el nombre y apellidos del RESIDENTE e inventariada, debiendo mantenerse actualizado el inventario individual por el CENTRO.

La ropa puede ser marcada previamente al ingreso o puede marcarse en el CENTRO, facturando la cantidad correspondiente según tarifas de servicios extras publicados.

El Centro no se hará responsable de la ropa no inventariada, ni de la ropa de tintorería o prendas delicadas de vestir que requieran un lavado especial, distinto al sistema de lavado industrial del Centro.

Así mismo, serán a cargo del RESIDENTE los útiles de aseo personal (peine, cepillo de dientes, afeitadora o maquinilla de afeitar y otros similares)

Los productos de aseo de uso común (jabones, colonias, pasta dentífrica, crema hidratante, champú, gel, esponjas jabonosas, etc...), de calidad estándar y autorizados para su comercialización, corren a cargo del CENTRO. Serán a cargo del RESIDENTE aquellos productos de marcas o tipos específicos preferidos por ellos.

Las prótesis, ortesis y ayudas técnicas de uso personal (andadores, sillas de ruedas, muletas, etc.) y demás utensilios para el desarrollo de la vida diaria también correrán a cargo del RESIDENTE, asumiendo los deterioros o daños que se puedan ocasionar por el normal uso y desgaste de las mismas.

El/La RESIDENTE se compromete a la adquisición/sustitución o reparación de dicho material cuando sea necesario, a juicio del equipo profesional especializado del CENTRO.

Todos los medicamentos, material de curas, material sanitario, absorbentes de incontinencia, transporte en ambulancias, analíticas, etc. que no estén prescritas y cubiertas por el Sistema Nacional de Salud, mutualidades, aseguradoras médicas u otros similares; así como las aportaciones a farmacia que correspondan en cada caso para costear el copago farmacéutico derivado del RD ley 16/2012, serán a cargo del RESIDENTE.

***SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL***

**VIGESIMOCUARTA.** – el CENTRO manifiesta tener contratada una Póliza de Seguro de responsabilidad civil, acorde a la normativa y requisitos vigentes.

El Centro no se hará responsable de los daños y perjuicios por accidente o percance sufridos por el/la RESIDENTE fuera de las instalaciones del CENTRO, salvo que la ausencia del mismo sea motivada por una actividad organizada desde la residencia.

Serán a cargo del RESIDENTE todos los desperfectos causados en las instalaciones y propiedades del CENTRO, así como a otros usuarios, profesionales del CENTRO u otras personas, cuando los mismos no estuvieran cubiertos por la póliza de responsabilidad civil contratada.

***ACOMPAÑANTES; MANUTENCIÓN; SALIDAS, AUSENCIAS Y VISITAS***

**VIGESIMOQUINTA.** – el/la RESIDENTE o su RESPONSABLE podrán optar por la intervención de un acompañante del RESIDENTE en las instalaciones del CENTRO, contratado por ellos mismos. La actividad de estas personas no podrá interferir en las actividades diarias de los profesionales de la residencia y, en cualquier caso, el CENTRO estará exonerado por las actuaciones que estos puedan desarrollar.

Dichas personas solo podrán realizar labores de acompañamiento y nunca labores asistenciales.

Deberá ser informado a la Dirección de la residencia para su conocimiento y autorización previa al inicio de la actividad.

Dicho acompañante deberá seguir las indicaciones que se le brinden desde el CENTRO en todo lo que concierna a la organización de la misma.

**VIGESIMOSEXTA.** – los horarios fijados desde el CENTRO para el servicio de comedor deberán ser cumplidos por el/la RESIDENTE con la mayor rigurosidad a fin de evitar trastornos en el prestación de dicho servicio.

A los RESIDENTES se les garantizará una alimentación equilibrada, consistiendo ésta al menos en las tomas de desayuno, comida, merienda y cena.

Los menús mensuales de las comidas estarán supervisados a fin de garantizar el aporte mínimo dietético y calórico adecuado al RESIDENTE. Los menús serán firmados por el equipo médico.

Se dispondrá y publicará el menú en el tablón de anuncios del centro o en cualquier otro medio que permita su conocimiento con una antelación mínima de 24 horas a residentes y familiares.

Los RESIDENTES que lo precisen, bajo prescripción médica, dispondrán de menús de régimen o texturizados adecuados a sus necesidades.

**VIGESIMOSÉPTIMA.** – el/la RESIDENTE podrá salir y entrar con libertad del CENTRO, entre las 8:00 y las 22:00 horas, respetando el horario establecido para las comidas. Deberán notificarlo en recepción, en la cual quedará constancia por escrito.

Las salidas de los RESIDENTES sometidos a control continuado deberán ser conocidas y autorizadas previamente por el personal sanitario del CENTRO.

Siempre que sea factible, el/la RESIDENTE o su RESPONSABLE deberán comunicar, con una antelación mínima de veinticuatro horas (24h), al CENTRO su intención de abandonar la residencia por un tiempo determinado.

Independientemente de la duración, las ausencias no interrumpen la obligación de satisfacer el importe de la estancia en el CENTRO, según los criterios de reserva de plaza, recogidos en la cláusula decimoséptima de este contrato.

El/La RESIDENTE podrá recibir visitas (familiares, allegados, amigos) durante el horario recomendado establecido, que, como mínimo, será de seis (6) horas diarias.

Las visitas a los RESIDENTES se harán en los lugares previamente establecidos por el CENTRO para ello (salas específicas, habitaciones de uso individual, jardines, patios, salones comunes o en

## **CONTRATO DE ADMISION E INGRESO EN RESIDENCIA NEUROCARE HOME MIESES**

Plazas privadas  
Versión: v5 julio 2024

cualquier otro espacio adecuado). Los visitantes tienen la obligación de comunicar su entrada y salida en la recepción del CENTRO, donde quedará registrada.

Se procurará que las visitas a los RESIDENTES no interrumpen las actividades programadas que tenga el/la RESIDENTE ni las actividades del CENTRO, ni se causen molestias a otros usuarios. En cualquier caso, deberán ajustarse a las prescripciones facultativas cuando éstas sean precisas. Si los visitantes desean quedarse a comer con el/la RESIDENTE, deberán avisarlo con una antelación mínima de cuarenta y ocho horas (48h), debiendo abonar el menú según las tarifas de servicios adicionales publicadas en el CENTRO.

### ***DERECHOS Y DEBERES DEL RESIDENTE***

**VIGESIMOCTAVA.** – el CENTRO se obliga a respetar y hacer respetar los derechos del RESIDENTE reconocidos en la legislación vigente aplicable en cada momento y en el Reglamento de Régimen Interno que acompaña a este contrato.

Asimismo, las obligaciones de los RESIDENTES serán aquellas reconocidas en la legislación vigente aplicable en cada momento y en el Reglamento de Régimen Interno que acompaña a este contrato.

Los derechos y deberes de los residentes estarán expuestos en el tablón de anuncios del centro.

El/La RESIDENTE se obliga a respetar y cumplir dichas obligaciones.

El incumplimiento probado de las obligaciones del RESIDENTE podrá comportar la resolución del contrato, tal y como se establece en los criterios de duración del contrato; causas de resolución y liquidación, recogidos en la cláusula duodécima de este contrato.

### ***FUERO Y NORMATIVA DE APLICACIÓN***

**VIGESIMONOVENA.** – Para cualquier divergencia o litigio que pueda surgir en torno a la interpretación o aplicación de lo estipulado en el presente documento y/o en el Reglamento de Régimen Interno del CENTRO, las partes firmantes, con renuncia a su fuero propio, se someten expresamente a la jurisdicción y competencia de los Juzgados y Tribunales de Valladolid capital, para la resolución de cualquier cuestión litigiosa.

**TRIGÉSIMA.** – En todo lo no previsto en el presente Contrato será de aplicación la normativa establecida por la Dirección General de Personas Mayores, Personas con Discapacidad y Atención a la Dependencia de la Gerencia de Servicios Sociales de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades de la Junta de Castilla y León para las Entidades, Servicios y Centros de Carácter Social.

Y, en prueba de conformidad, las partes lo firman, en todas sus hojas, por duplicado y a un solo efecto, en la fecha y lugar indicados en el encabezamiento.

Fdo.:  
D/Dña. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
DIRECCIÓN DEL CENTRO

Fdo.:  
D/Dña. XXXX  
EL RESIDENTE

Fdo.:  
D/Dña. XXXX  
LA PERSONA DE REFERENCIA

Fdo.:  
D/Dña. XXXX  
EL OBLIGADO SOLIDARIO

***ANEXO I: ORDEN DE DOMICILIACIÓN DE ADEUDO DIRECTO SEPA***

**PARA LOS SERVICIOS REALIZADOS POR EL CENTRO**

**DATOS DEL ACREEDOR**

NIF. Identificación: **B05274857**

Nombre: **SERVICIOS GERIÁTRICOS MIESES S.L.**

Dirección: **C/ ORENSE, 34 1ª PLANTA**

Código Postal/ población/provincia: **28020/MADRID/MADRID**

País: **ESPAÑA**

**Mediante la firma de esta orden de domiciliación de adeudo directo el deudor consiente y autoriza a que el acreedor cobre los recibos de servicios o de compra de bienes generados a través de domiciliación bancaria y a la entidad bancaria a que haga los adeudos en su cuenta siguiendo las indicaciones del acreedor.**

**A CUMPLIMENTAR POR EL DEUDOR**

NIF Identificación: XXXX

Nombre: XXXXX

Dirección: XXXX

Código Postal/ población/provincia: XXXX, XXXX (XXXX)

Swift BIC (puede contener 8 u 11 posiciones):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Número de cuenta IBAN:

E	S																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tipo de pago: ÚNICO  RECURRENTE

**FDO.:**  
**EL DEUDOR**



## **CONTRATO DE ADMISION E INGRESO EN RESIDENCIA NEUROCARE HOME MIESES**

Plazas privadas  
Versión: v5 julio 2024

### **PARA LOS SERVICIOS REALIZADOS POR LA FARMACIA**

#### **DATOS DEL ACREEDOR**

NIF. Identificación: **XXXXXXXXXXXXXX**

Nombre: **XXXXXXXXXXXXXX**

Dirección: **XXXXXXXXXX**

Código Postal/ población/provincia: **XXXXX / VALLADOLID / VALLADOLID**

País: **ESPAÑA**

**Mediante la firma de esta orden de domiciliación de adeudo directo el deudor consiente y autoriza a que el acreedor cobre los recibos de servicios o de compra de bienes generados a través de domiciliación bancaria y a la entidad bancaria a que haga los adeudos en su cuenta siguiendo las indicaciones del acreedor.**

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

NIF Identificación: **XXXX**

Nombre: **XXXXXX**

Dirección: **XXXX**

Código Postal/ población/provincia: **XXXX, XXXX (XXXX)**

Swift BIC (puede contener 8 u 11 posiciones):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Número de cuenta IBAN:

E	S																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tipo de pago: ÚNICO  RECURRENTE

**FDO.:  
EL DEUDOR**

***ANEXO II: RECOPIACIÓN DE DATOS DEL RESIDENTE Y FAMILIARES/RESPONSABLES***

**RESIDENTE**

Nombre y Apellidos: **XXXX**  
DNI: **XXX**  
Domicilio postal: **XXXX**  
CP **XXXX, XXXX (XXXX)**  
Teléfono:  
Teléfono móvil:  
Correo electrónico:

**FAMILIARES O RESPONSABLES**

**Persona de referencia**

Nombre y Apellidos: **XXXXX**  
DNI: **XXXX**  
Fecha de nacimiento: **XXXX**  
Parentesco con el residente: **XXX**  
Domicilio postal: **XXXX,**  
CP **XXX XXXX (XXX)**  
Teléfono:  
Teléfono móvil: **XXXX**  
Correo electrónico:

**Contacto 2**

Nombre y Apellidos:  
DNI:  
Fecha de nacimiento:  
Parentesco con el residente:  
Domicilio postal:  
  
Teléfono:  
Teléfono móvil:  
Correo electrónico:

**Contacto 1**

Nombre y Apellidos: **XXXXX**  
DNI: **XXXX**  
Fecha de nacimiento: **XXXX**  
Parentesco con el residente: **XXX**  
Domicilio postal: **XXXX,**  
CP **XXX XXXX (XXX)**  
Teléfono:  
Teléfono móvil: **XXXX**  
Correo electrónico:

**Contacto 3**

Nombre y Apellidos:  
DNI:  
Fecha de nacimiento:  
Parentesco con el residente:  
Domicilio postal:  
  
Teléfono:  
Teléfono móvil:  
Correo electrónico:

**Por favor, cumplimentense en el orden en que quieran figurar como personas de referencia del residente. El centro comunicará solo con la persona de referencia, pero, en caso de no localizarle, utilizará el orden aquí recogido para comunicarse con ustedes en caso de no localizar al resto de personas.**

**ANEXO III: AUTORIZACIONES**

Por la presente el/la RESIDENTE y/o su representante legal y/o sus familiares y/o la persona de referencia del mismo autorizan al Centro:

A) A la realización de una revisión auditiva y bucodental al RESIDENTE que tendrá lugar en el CENTRO sin coste alguno para el usuario y que en el caso que tenga lugar se realizará dentro de los primeros seis meses de estancia para determinar su estado de salud auditiva/bucodental, realizándose una revisión con una periodicidad anual.

- Marque esta casilla en caso de oponerse a la realización de la revisión auditiva.  
 Marque esta casilla en caso de oponerse a la realización de la revisión bucodental.

**Comunicación de sus datos a servicios odontológicos/auditivos**

El/La RESIDENTE consiente expresamente que los datos sean comunicados por SERVICIOS GERIÁTRICOS MIESES S.L. a servicios dentales o auditivos con las que mantenga relaciones comerciales derivadas de la prestación del servicio, con el fin de poder proporcionar al RESIDENTE la atención odontológica/auditiva precisa.

Le informamos que, en caso de no prestar su consentimiento, el residente no podrá recibir la prestación de servicio odontológico/auditivo facilitado por el centro, para la revisión y control de estos aspectos del residente.

No Acepto

B) A recoger y entregar al RESIDENTE, o a sus familiares si el mismo fuera incapaz, la correspondencia de carácter personal recibida en el Centro y a gestionar aquella correspondencia vinculada a la gestión del Centro.

Marque esta casilla en caso de oponerse a la recepción, entrega y gestión, según el caso, por parte del Centro de la correspondencia dirigida a su atención.

C) A solicitar la medicación y los productos sanitarios que el residente pueda requerir durante su estancia en el Centro. Para ello se entregarán al Centro en el momento de ingreso las recetas pertinentes para poder solicitar la medicación y/o material de curas y absorbentes al servicio de farmacia de la residencia.

Marque esta casilla en caso de que la familia/representante se RESPONSABILICE de traer la medicación. Si la familia/representante decide realizar la gestión de la medicación y realizar la entrega mensualmente al personal del centro, lo ha de realizar antes del día 25 de cada mes; para asegurar una correcta preparación. En caso de que no la aporte regularmente se procedería a su gestión por parte del Centro y a facturar el importe de dicha medicación y material a la cuenta del RESIDENTE.

D) he sido informado, en el preingreso al centro, de la obligatoriedad de aportar, el día del ingreso, medicación o recetas para poder garantizar la administración de medicación al residente/usuario durante al menos un mes desde su fecha de ingreso.

Se me ha informado igualmente que la residencia tiene la obligación legal de garantizar la administración de todos los medicamentos y tratamientos que tenga pautado el Residente/Usuario, desde su ingreso.

Se me informa también que el trámite administrativo para lograr tanto el cambio de Médico de Atención Primaria al Centro de Salud de referencia que la residencia tiene asignado, como,

## CONTRATO DE ADMISION E INGRESO EN RESIDENCIA NEUROCARE HOME MIESES

Plazas privadas  
Versión: v5 julio 2024

fundamentalmente, la obtención de las recetas que se necesiten para tramitar la obtención de los medicamentos en farmacia puede prolongarse hasta un mes.

Por tanto, y con el fin de garantizar la administración de la medicación al RESIDENTE en el transcurso de este proceso, autorizo a la Residencia para que, en el caso de no aportar al ingreso la cantidad de medicación suficiente (o las recetas que cubran esa necesidad en su defecto) para un mes de tratamiento, proceda a gestionar las mismas en la farmacia, siendo cargado el importe que facture la misma en la cuenta bancaria de referencia del contrato.

Igualmente, asumo cualquier responsabilidad derivada si, ante la no aportación al ingreso de la medicación pertinente, el Dpto. Médico del centro se ve en la obligación de suspender aquellos tratamientos que requieran para la obtención del medicamento el aporte obligatorio de una receta visada por la inspección médica, o cualquier otro documento que impida al centro el poder obtener la medicación necesaria en ese primer mes.

Marque esta casilla en caso de oponerse a la tramitación con la farmacia de los medicamentos no aportados al ingreso

E) A que el RESIDENTE participe en las actividades lúdicas y salidas/excursiones que se programen desde el CENTRO, ya sean en el interior o en el exterior, las cuales se entiende que pertenecerán al programa anual de actividades de ocio, socioculturales y/o terapéuticas.

Marque esta casilla en caso de oponerse a realizar actividades lúdicas en el interior del centro.

Marque esta casilla en caso de oponerse a realizar actividades lúdicas y salidas/excursiones fuera de las instalaciones del centro.

### ***ANEXO IV: DECLARACIÓN DE LECTURA Y CONFORMIDAD CON EL REGLAMENTO RÉGIMEN INTERIOR***

Doña/Don **XXXXX**, mayor de edad, con NIF **XXXX** como **RESIDENTE**, declaro haber recibido y leído el Reglamento de Régimen Interno del CENTRO, aceptando por tanto el cumplimiento de los derechos y obligaciones que en él se recogen.

Fdo.:  
D/Dña. **XXXXXXXX**  
EL RESIDENTE

**ANEXO V: INFORMACIÓN EN LA OBTENCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL Y EN SU CASO, CONSENTIMIENTO EXPLÍCITO PARA SU TRATAMIENTO (PERSONAS USUARIAS)**

En cumplimiento de lo dispuesto en 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* y la *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales*, y para garantizar un tratamiento de datos leal y transparente, le informamos:

- a) Identidad y datos de contacto del responsable del tratamiento **Gestión de Clientes/Usuarios: XXXXXXXXXXXXXXXX, (Neurocare Home Mieses – Servicios Geriátricos Mieses S.L.)**.
- b) Fines del tratamiento a que se destinan los datos personales:
  - Gestión del servicio residencial contratado, incluyendo la recapitulación de información respecto a la salud del usuario para elaborar su historial clínico y todos los controles/seguimientos necesarios para garantizar su bienestar. Elaboración de factura. Cumplimiento de obligaciones legales derivadas de la autorización como centro de servicios sociales. Realización de acciones de difusión de actividades y eventos del centro, con fines informativos y/o publicitarios, tanto dentro del propio centro como a través de página web y/o redes sociales.
  - Videovigilancia: Preservar la seguridad de personas, bienes e instalaciones.
- c) **Base jurídica del tratamiento:** *RGPD: 6.1.a) El interesado dio su consentimiento para el tratamiento de los datos personales para uno o varios fines específicos. RGPD: 6.1.b) Tratamiento necesario para la ejecución de un contrato en el que el interesado es parte o para la aplicación a petición de éste de medidas precontractuales. RGPD: 6.1.c) Tratamiento necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento. Para las categorías especiales de datos (salud): RGPD: 9.2.a) El interesado dio su consentimiento explícito para el tratamiento de dichos datos personales para uno o varios fines específicos. RGPD: 9.2.h) El tratamiento es necesario para la prestación de asistencia sanitaria y social.*  
*Videovigilancia: RGPD: 6.1.f) El tratamiento es necesario para la satisfacción de intereses legítimos perseguidos por el responsable del tratamiento.*
- d) Intereses legítimos del responsable (**Videovigilancia**): salvaguardar la integridad de los usuarios.
- e) Destinatarios o categorías de destinatarios de los datos personales, en su caso:
  - Entidades financieras. Entidad a quien se encomiende la gestión contable y fiscal y de facturas. Servicios Sociales de Valladolid. Fiscalía. Juzgado de primera instancia. Agencia Estatal de Administración Tributaria. Servicio de farmacia para la gestión de la medicación pautada.
  - Videovigilancia: Fuerzas y Cuerpos de la Seguridad, Juzgados y Tribunales para acreditar la comisión de actos que atenten contra la integridad de personas, bienes o instalaciones.
- f) Los datos personales se conservarán:
  - Durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad para la que se recabaron y para determinar las posibles responsabilidades que se pudieran derivar de dicha finalidad y del tratamiento de los datos. Como mínimo durante la vigencia del contrato de prestación del servicio del centro. Los datos económicos de esta actividad de tratamiento se conservarán al amparo de lo dispuesto en la Ley 58/2003, de 17 de diciembre, General Tributaria.
  - Videovigilancia: Se conservarán como máximo 1 mes, salvo comunicación a Fuerzas y Cuerpos de la Seguridad, y/o Juzgados y Tribunales (aquellos supuestos en que se deban

## CONTRATO DE ADMISION E INGRESO EN RESIDENCIA NEUROCARE HOME MIESES

Plazas privadas  
Versión: v5 julio 2024

conservar para acreditar la comisión de actos que atenten contra la integridad de personas, bienes o instalaciones).

- g) Como interesado, tiene derecho a solicitar a Neurocare Home Mieses – Servicios Geriátricos Mieses S.L.
- h) el acceso a sus datos personales, a su rectificación o supresión, a la limitación de su tratamiento o a oponerse al mismo, así como el derecho a la portabilidad de los datos, y cuando el tratamiento esté basado en el artículo 6, apartado 1, letra a), o el artículo 9, apartado 2, letra a), tiene derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que ello afecte a la licitud del tratamiento basado en el consentimiento previo a su retirada. Para ejercer estos derechos debe dirigirse mediante un escrito firmado y dirigido a Neurocare Home Mieses C/ de las Mieses 30 A, 47009, Valladolid (Valladolid) o bien por correo electrónico a la dirección dirección.mieses@neurocarehome.es indicando en el asunto “Protección de Datos”, adjuntando copia de documento que acredite su identidad (DNI o similar).
- a) La comunicación de datos personales para la gestión de clientes es un requisito legal o contractual, o un requisito necesario para suscribir un contrato; el interesado está obligado a facilitar los datos personales (salvo imágenes) si quiere formalizar el contrato de admisión.

El abajo firmante, mediante el presente documento, **DECLARA HABER SIDO INFORMADO EN LA RECOGIDA y CONSIENTE EXPLÍCITAMENTE** la recogida y tratamiento de los datos de carácter personal facilitados por quien suscribe. Asimismo, se compromete a proporcionar en todo momento información actualizada al centro para facilitar la gestión del servicio proporcionado y que dicha información es exacta y veraz.

D./Dña **XXXXXX**, con DNI XXXX en:

NOMBRE PROPIO Y/O

REPRESENTACIÓN DE LA PERSONA USUARIA:

D./Dña **XXXXXX**, con DNI XXXX.

En Valladolid a XX de XXXX de XXXX

.....

Se establecen los siguientes apartados para el **consentimiento específico** de cesión:

**SÍ DOY MI CONSENTIMIENTO**

**NO DOY MI CONSENTIMIENTO**

- i) a **Neurocare Home Mieses – Servicios Geriátricos Mieses S.L.** para hacer uso y difusión del material fotográfico y audiovisual de las actividades que se lleven a cabo en el centro (ejemplo: actividades de terapia ocupacional, animación sociocultural, celebraciones, eventos...) con fines informativos y/o publicitarios, tanto dentro del propio centro como a través de blog, página web y/o redes sociales (Facebook, Twitter, LinkedIn, Google+, Pinterest, Instagram o Youtube por ejemplo).

## CONTRATO DE ADMISION E INGRESO EN RESIDENCIA NEUROCARE HOME MIESES

Plazas privadas  
Versión: v5 julio 2024

- SÍ DOY MI CONSENTIMIENTO  
 NO DOY MI CONSENTIMIENTO

a **Neurocare Home Mieses – Servicios Geriátricos Mieses S.L.** para que ceda desinteresadamente y sin compensación económica alguna, a las empresas del grupo al que pertenece el centro, el material fotográfico y audiovisual de las actividades que se lleven a cabo en el centro, con la finalidad de publicitar y promocionar los centros residenciales del grupo. En el momento que se proporciona el consentimiento, siempre y cuando el usuario en un futuro no ejerza su derecho a revocarlo, en ningún caso cualquier familiar/guardador/curador/defensor judicial podrá solicitar compensación económica por las imágenes que puedan aparecer del usuario en las campañas del grupo.

- SÍ DOY MI CONSENTIMIENTO  
 NO DOY MI CONSENTIMIENTO

a **Neurocare Home Mieses – Servicios Geriátricos Mieses S.L.** uso de mis datos personales necesarios para que pueda remitirme información comercial sobre nuestros bienes y servicios, por vía postal, correo electrónico, SMS, o cualquier otro medio de comunicación electrónica equivalente; asimismo, podrá ceder dichos datos a las empresas del grupo con el mismo fin. En ningún caso, se utilizarán datos de salud para llevar a cabo la finalidad reflejada en el presente apartado.

- SÍ DOY MI CONSENTIMIENTO  
 NO DOY MI CONSENTIMIENTO

a **Neurocare Home Mieses – Servicios Geriátricos Mieses S.L.** el tratamiento y/o cesión de datos de salud para su utilización en proyectos de investigación o estudios clínicos o científicos. En el caso que se realice una investigación o estudio, en el cual pueda participar el usuario, se firmarán previamente a su inicio las cláusulas y consentimientos necesarios.

D./Dña **XXXXXX**, con DNI **XXXX** en:

- NOMBRE PROPIO Y/O  
 REPRESENTACIÓN DE LA PERSONA USUARIA:

D./Dña **XXXXXX**, con DNI **XXXX**.

En Valladolid a XX de XXXX de XXXX

.....