



ASOCIACIÓN EXTREMEÑA A.F.A.L.
(Ayuda a Familias Afectadas por Leucemias,
Linfomas, Mielomas y Aplasias).
Y Programa COMPAÑÍA.
C/Villamesias,3 - Apdo. de Correos 120
Tlf.-924/330825 y 659/848257

C.I.F.-G06219075
Mérida – 06800
www.asociacionafal.com
info@asociacionafal.com

ASOCIACIÓN EXTREMEÑA AFAL COMPROMISO DE CUMPLIMIENTO DE NORMAS DE PRESTACIÓN DE AYUDA Y CONVIVENCIA PARA PACIENTE Y ACOMPAÑANTE/S

Como paciente y acompañante/s beneficiario de la prestación de alojamiento gratuito en la vivienda dispuesta por la Asociación Extremeña AFAL, me comprometo a cumplir las siguientes NORMAS DE PRESTACIÓN DE AYUDA Y CONVIVENCIA durante todas mis estancias en ella:

- ✓ 1º. *El uso de las viviendas es compartido con otras familias.*
- ✓ 2ª. *A fin de poder dar cabida a tantas personas como lo soliciten, cada familia tiene derecho al uso de una sola habitación con dos camas, para el paciente y su acompañante, o en el caso de ingreso del paciente, para dos acompañantes. No se admitirán más de dos personas por familia, exceptuando si el paciente es un menor, que podría compartir la habitación con los padres. No se permiten niños en las viviendas, de no ser que sea el paciente.*
- ✓ 3º. *No se aceptan animales en las viviendas.*
- ✓ 4ª. *Todas las familias tienen derecho al uso y disfrute de todas las zonas comunes de la casa, debiendo estar libre de enseres personales.*
- ✓ 5ª. *Deberemos seguir una serie de normas de convivencia de higiene, limpieza, orden y respeto al resto de personas que conviven en la vivienda, así como no vulnerar las horas de descanso de los demás.*
- ✓ 6ª. *A la hora de abandonar la vivienda, deberé de dejarla en las mismas condiciones que la encontré, retirando mis cosas personales hasta la próxima vez que necesite el uso de la misma, haciéndoselo constar a nuestros responsables.*

** El incumplimiento de alguna de las normas podría conllevar al cese de la prestación de ayuda de alojamiento gratuito.*

Paciente: _____
Acompañante: _____

Firmas:

Acompañantes: _____
del Paciente Hospitalizado: _____

Firmas:

Localidad: _____
Fecha: a _____, de _____, del _____