



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

C.I.F.-G06219075  
Mérida – 06800  
[www.asociacionafal.com](http://www.asociacionafal.com)  
[info@asociacionafal.com](mailto: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 toda mi estancia en ella:*

- ✓ 1ª. 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 niño ni memores en las viviendas, de no ser que sea el paciente.
  - ✓ 3ª. Prohibido fumar, tanto en la habitación de uso como en el resto de la vivienda 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.
  - ✓ 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.
- \* El incumplimiento de alguna de las normas conllevaría al cese de la prestación de ayuda de alojamiento gratuito.

Paciente: \_\_\_\_\_  
Acompañante: \_\_\_\_\_

Firmas:

Acompañantes: \_\_\_\_\_  
del Paciente: \_\_\_\_\_

Firmas:

Localidad de la Vivienda: : \_\_\_\_\_  
Fecha: a \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_, del \_\_\_\_\_